

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 615

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Georges BONHOMME

Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né le 20 Août 1928, à BOIS-COLOMBES

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HEMORRAGIES
GASTRO-DUODENALES GRAVES :
A PROPOS DE 28 CAS

Président : Monsieur Jean GOSSET (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Georges BONHOMME

Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

né le 20 août 1928 à Bois-Colombes

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES HEMORRAGIES GASTRO-DUODENALES GRAVES :

A PROPOS DE 28 CAS

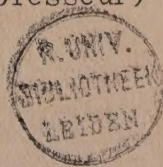
--:-

Président : Monsieur Jean GOSSET (Professeur)

--:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
	(Beaujon
	(Cochin
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	SICARD (A)
gicales	(Saint-Antoine
	(Salpêtrière
	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	GOSSET (J)
gicales	(Saint-Antoine
	(Salpêtrière
	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques obstétricales	(Port-Royal N...
	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOLLE (H)

	MM.
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t. pers.	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES.

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS ((Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	(BUSSER (F) (GOUYGOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf. (SCHAPIRA (G) m.conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf. (DENOIX (P)
Carcinologie	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) (RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.)
	(CORPE-HUPST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.)
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch.)
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
Pathologie chirurgicale	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.per.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P)m.conf.
Pathologie médicale	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puericulture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(PARROT (J)pr.s.ch.
	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
	(KELLERSHON
Pncumo-ptisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

MM.

Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)		(MERGER (R)
Clinique médicale	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr. s. ch.	rhino-laryng.	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MM. HAUDWROY (P) pr.s.ch.
 Biochimie médicale..... ETTORI (J) pr.à t.pers.
 Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J) pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
 Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
 Melle HURE (A)
 Conservateur, chargé de la direction
 de la Bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
 Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
 tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
 rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
 leur donner aucune approbation ni improbation.

Meis et Amicis

A notre Maître

Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,

Qui a profondément marqué mon
Internat de sa personnalité
et de son enseignement, qui
m'a suggéré cette thèse, guidé
de ses précieux conseils et
fait le grand honneur d'en
accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici
le gage de ma gratitude.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Internat :

Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la
Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

Professeur de Clinique Neuro-Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Monsieur le Docteur HOUDART

Neuro-Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur GUIOT

Neuro-Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur PERTUISET

Neuro-Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Monsieur le Docteur FLABEAU

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur R. AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Infantile et Orthopédique

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Monsieur le Docteur BARCAT

Professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Neuilly

Monsieur le Docteur PELLERIN

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LORTAT-JACOB

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur SOUPAULT

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CHAMPEAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Professeur PATEL

Professeur de Technique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur NARDI

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

Monsieur le Professeur de GAUDART d'ALLAINES

Professeur de Clinique de Chirurgie
Cardio-vasculaire à la Faculté de
Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Docteur Ch. DUBOST

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Externat :

Monsieur le Professeur DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale d'Hydro-
logie thérapeutique et climatologique
Médecin de l'Hôpital Bichat

Monsieur le Professeur DEROT

Professeur de Clinique Médico-Sociale du
Diabète sucré et des Maladies de la
Nutrition
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT

Professeur de Clinique Médicale
Propédeutique
Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Docteur DOMART

Professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Antoine-Chantin

Monsieur le Docteur MILLIEZ

Professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Cl. LAROCHE

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur WORMS

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Monsieur le Docteur BOUDIN

Professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Avec ma très profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'ils m'ont dispensé et tout ce que je leur dois.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HEMORRAGIES GASTRO-DUODENALES GRAVES :
A PROPOS DE 28 CAS

INTRODUCTION

--

Le traitement des hémorragies digestives reste encore un problème complexe et discuté: aussi n'est-ce pas l'ensemble de cette question trop vaste que nous nous proposons d'aborder dans ce travail.

Nous nous sommes tout d'abord limité à l'étude d'observations recueillies au cours des quatre dernières années dans le Service de notre Maître, le Professeur J. GOSSET, à l'Hôpital Saint-Antoine.

Parmi ces observations, nous n'avons retenu que les hémorragies d'origine gastro-duodénale. Aussi n'aborderons-nous pas certains problèmes, tel celui des hémorragies d'origine hépato-splénique.

Enfin, parmi les observations d'hémorragies gastro-duodénales recueillies dans le Service, nous avons éliminé toutes les hémorragies minimes ne posant pas de problèmes d'urgence, toutes les hémorragies dites "de moyenne abondance" où tout rentre généralement dans l'ordre après une brève alerte, pour ne retenir que les plus graves où une perte sanguine de plusieurs litres a posé des problèmes urgents de réanimation et d'indications opératoires.

Cette étude porte finalement sur 27 observations :

- 13 ulcères duodénaux ;
- 8 ulcères gastriques ;
- 5 ulcères aigus de l'estomac ;
- 1 cancer gastrique ;
- 1 ulcère peptique hémorragique survenu chez un de nos malades deux mois après une gastrectomie pour ulcère du bulbe hémorragique.

Sur ces 28 cas d'hémorragies massives, nous relevons 21 interventions d'urgence pour persistance ou reprise de l'hémorragie.

Nous avons envisagé à leur propos un certain nombre de problèmes.

1° La discussion des critères de gravité de l'hémorragie,

dont l'abondance nous paraît généralement mal appréciée et sous-estimée.

2° Le diagnostic étiologique,
et plus particulièrement l'intérêt de l'examen radiologique d'urgence et de la gastrotomie exploratrice.

3° Le traitement médical,
en soulignant son importance primordiale et le très grand intérêt des préparations de globules déplasmatisés.

4° Le traitement chirurgical enfin,
que toute hémorragie persistante ou toute reprise du saignement doit imposer sans attendre.

DISCUSSION DES CRITERES DE GRAVITE DE L' HEMORRAGIE

-:-

Les facteurs de gravité d'une hémorragie sont multiples.

L'importance du terrain est indiscutable : le grand âge du malade, des lésions de sclérose vasculaire, une dénutrition antérieure, un certain degré d'insuffisance hépatique, sont autant d'éléments susceptibles de diminuer la tolérance à l'hémorragie.

Cependant le facteur dominant reste l'abondance de la déperdition sanguine, d'où l'importance de son appréciation aussi exacte que possible.

Mais c'est là un problème difficile à résoudre en raison du polymorphisme extrême de ces hémorragies.

Tout peut se voir :

- saignement massif, unique ;
- saignement plus modéré, mais rapidement récidivant ;
- saignement minime, mais continu ;
- saignement immédiatement extériorisé, ou plus tardivement ;
- hématomatose ou méloena, association des deux enfin.

Derrière ces masques, un point commun réunit toutes ces hémorragies : elles peuvent

aboutir à des déperditions sanguines considérables.

Or la valeur des critères utilisés pour apprécier l'abondance de cette spoliation doit être discutée car l'expression clinique et biologique d'une perte sanguine quantitativement identique est éminemment variable suivant le type de l'hémorragie.

Vouloir juger la gravité de toutes les hémorragies sur les mêmes signes cliniques et les mêmes examens de laboratoire témoigne de la méconnaissance de certains phénomènes physiologiques banaux, et notamment de la reconstitution rapide de la masse sanguine après une hémorragie, ou plus exactement de la régénération plasmatique. Il est à ce propos très important de noter qu'il ne s'agit pas, comme on l'a souvent dit, d'une dilution du plasma, mais bien d'une restauration à partir des réserves de protéines extra-vasculaires préformées (1) (2). Cette restauration est très rapide; elle commence dès le début de l'hémorragie; elle est déjà considérable après 6 à 12 heures (3). La reconstitution globulaire est infiniment plus lente, de l'ordre de 2 à 6 % par 24 h du volume globulaire total normal du sujet, ce dernier étant de 1500 à 3000 ml suivant sa corpulence.

Aussi va-t-on assister dans les heures suivant une hémorragie grave à une restauration rapide de la masse sanguine, mais aussi à une dilution des hématies restantes dont la réparation est à ce stade pratiquement nulle.

Quant aux classiques stockage mésentérique et réserves globulaires, les mesures précises de la masse sanguine et du volume globulaire au cours d'hémorragies graves semblent pouvoir les faire considérer comme négligeables.

L'importance de ces phénomènes dans l'appréciation des critères de gravité d'une hémorragie apparaît fondamentale.

D'une façon générale, l'abondance de la déperdition sanguine est presque toujours sous-estimée et des fautes de réanimation résultent de cette erreur.

DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES :

Nous serons très bref sur certains d'entre eux.

I - Le volume de l'hémorragie extériorisée :

Nous n'y insisterons pas : il ne peut être tenu pour un critère valable.

II - L'aspect général du sujet :

La pâleur, les sueurs, le refroidissement des extrémités, la soif, traduisent habituellement une déperdition sanguine notable, mais ne permettent nullement, même d'une façon approximative, de la chiffrer.

III - Les signes d'anoxie cérébrale :

Une obnubilation de la conscience, des troubles visuels ou auditifs, des convulsions ou des contractures, témoignent de la gravité de l'hémorragie, mais sans cependant permettre une appréciation quantitative (Ils n'en commandent pas moins une action thérapeutique immédiate).

IV - La diurèse :

Certains auteurs ont insisté sur la valeur d'une réduction de la diurèse, voire de sa suppression : son étude manque malheureusement dans la plupart de nos observations.

V - La tension artérielle et le pouls :

Ils nous retiendrons plus longuement.

Ils sont en effet considérés comme les témoins cliniques les plus fidèles de l'abondance de l'hémorragie.

Or il nous paraît essentiel de tenir compte du type de l'hémorragie et de l'horaire de l'examen.

On est en effet souvent frappé après une hémorragie grave ayant entraîné un collapsus immédiat, par la rapidité, même en l'absence de toute thérapeutique substitutive, du retour de la tension artérielle à un niveau voisin de la normale et d'un ralentissement du pouls.

La signification pronostique de cette évolution doit être discutée.

Elle résulte :

- d'une part, de l'arrêt spontané, tout au moins transitoire, de l'hémorragie,

- d'autre part, de la restauration dans des proportions importantes de la masse sanguine par régénération rapide du plasma.

Mais un déficit globulaire impressionnant peut être masqué par ces chiffres rassurants de la T.A. et du pouls.

Une reprise de l'hémorragie peut alors avoir des conséquences catastrophiques si ce déficit globulaire n'a pas été corrigé.

Bien plus, s'il s'agit d'une hémorragie lente, mais persistante, des déperditions

globulaires considérables peuvent survenir sans modifications notables de la T.A. et du pouls, la perte plasmatique se trouvant constamment compensée alors que la dilution des hématies augmente progressivement.

Ainsi l'interprétation des chiffres de la T.A. et du pouls doit-elle être nuancée en tenant compte du type de l'hémorragie et de l'heure à laquelle on voit le malade.

1/ Hémorragies massives, brutales, vues dans les premières heures :

Certes les chiffres observés peuvent être variables d'un sujet à l'autre, suivant ses réactions vaso-motrices, mais cependant nous avons noté dans ces cas de façon constante une chute importante de la T.A. portant à la fois sur la maxima et la minima : dans la majorité de nos observations, la T.A. est au voisinage de 8,5-5,5 et le pouls à 120 environ.

Mais, très rapidement, même en l'absence de toute transfusion, nous avons vu souvent la T.A. remonter progressivement et le pouls se ralentir.

2/ Hémorragies massives vues après quelques heures :

La T.A. et le pouls peuvent dans ces cas faire méconnaître la gravité de l'hémorragie puisque certains phénomènes de compensation ont déjà joué.

De fait, nous avons retrouvé dans ces cas des chiffres tensionnels toujours plus élevés généralement au voisinage de 11-7 avec un pouls à 100, donc sans rapport avec la sévérité de l'hémorragie et l'importance du déficit globulaire.

3/ Hémorragies lentes mais persistantes :

C'est dans de tels cas que nous avons observé, généralement sans modifications tensionnelles, les anémies les plus importantes, le nombre des hématies étant descendu dans un cas, après 4 jours de méloena, à 690.000 (Obs. 6).

Conclusion :

Il faut interpréter avec prudence les chiffres de la T.A. et du pouls.

Une tension artérielle normale, un pouls lent et bien frappé, ne doivent pas rassurer : ils peuvent masquer un déficit globulaire considérable.

DISCUSSION DES EXAMENS DE LABORATOIRE

I - Le taux de l'urée sanguine :

Nous le discuterons d'abord pour l'éliminer rapidement. Il semble devoir être considéré comme le témoin banal du catabolisme tissulaire post-hémorragique et s'élever d'autant plus qu'on laisse la régénération sanguine s'effectuer seule. Cette élévation sera donc fonction à la fois de l'abondance de l'hémorragie et de sa compensation, sans pouvoir être considérée comme un critère valable du pronostic.

De fait son taux dans nos observations est des plus variables d'un cas à l'autre sans permettre aucune conclusion précise.

II - Les examens hématologiques :

Les plus couramment utilisés sont :

- la Numération Globulaire ;

- le dosage de l'hémoglobine ;
- l'Hématocrite.

Or, comme pour les signes cliniques, leurs résultats doivent être discutés.

Ils sont en effet généralement interprétés sans tenir compte du facteur essentiel qu'est le temps écoulé depuis le début de l'hémorragie, c'est-à-dire de l'importance de la restauration plasmatique. C'est en effet la dilution des hématies restantes (dont le volume total peut être, nous l'avons vu, considéré comme invariable dans les heures suivant l'hémorragie) résultant de la restauration plasmatique, qu'objectivent la Numération Globulaire, le dosage de l'hémoglobine ou l'Hématocrite. Ces examens n'ont donc une signification qu'en fonction du temps écoulé depuis le début de l'hémorragie et même n'ont aucune valeur s'ils sont effectués avant que la dilution sanguine ait eu lieu.

Certaines de nos observations sont à ce propos très démonstratives :

Obs. 9 : Chez ce malade vu dans un état impressionnant avec une T.A. maxima mal perçue à 6 et un pouls incalculable, une numération faite rapidement montre :

G.R. : 4.000.000

G.B. : 13.800

Une perfusion de sang est installée ; la T.A. remonte et se stabilise à 10-6 ; pouls à 110 ; pas de nouvelle hématomèse. 36 H après, le malade n'a pas resaigné et a reçu 1 litre 500 de sang. Nouvelle numération :

G.R. : 2.860.000

G.B. : 6.000

Cette chute du nombre des hématies, malgré l'administration de sang, ne peut pas être considérée comme le témoin d'un saignement persistant, mais uniquement de la dilution progressive des hématies. Quand il y eut chez ce malade reprise de l'hémorragie, ce fut comme la première fois de façon brutale : l'origine en était une ulcération de l'artère gastro-duodénale qui ne pouvait que saigner massivement ou être, entre deux épisodes hémorragiques, obturée par un caillot.

L'Obs. 15 plaide aussi dans le même sens :

Malade vu le 12-4-56, cinq heures environ après une hématémèse massive.

T.A. : 8-5 - Pouls : 130

Numération : G.R. : 1.740.000

G.B. : 22.200

Reçoit 500 ml de sang.

Le 13-4-56 :

Pas de nouveau saignement.

T.A. stabilisée aux environs de 12-7.

Pouls : 90.

Numération : G.R. : 1.460.000

G.B. : 11.800

Sang : 500 ml.

Le 14-4-56 :

Même état.

Numération : G.R. : 1.220.000

G.B. : 11.600

Sang : 500 ml.

Dans la nuit du 14 au 15-4-56 :

Nouvelle hématémèse brutale avec chute de la T.A. à 8-5. Pouls : 110.

Une numération est faite alors :

G.R. : 1.300.000

Nous voyons donc dans cette observation :

- une anémie déjà marquée lors de la première numération faite cinq heures environ après le début de l'hémorragie.

- une accentuation progressive de cette anémie pendant les jours suivants alors que le malade ne saigne plus et reçoit du sang tous les jours.

- enfin, une reprise brutale de l'hémorragie sans action sur la numération faite immédiatement.

L'origine de l'hémorragie était une ulcération d'une branche de la coronaire obturée transitoirement par un caillot.

La numération globulaire, et surtout l'hématocrite ne sont donc intéressants qu'à deux conditions :

- 1° que l'hémorragie soit arrêtée,

- 2° que la dilution globulaire soit achevée.

Encore faut-il même dans ce cas que leur résultat soit correctement interprété c'est-à-dire que l'on calcule le déficit globulaire effectif à partir du chiffre de l'hématocrite, en sachant que pour un malade de corpulence moyenne, le volume globulaire normal est égal à 250 ml pour 10 kg de poids (200 ml par 10 kg de poids chez un obèse).

Exemple : Obs. 11 : Après un méloena abondant, malade pâle, obnubilé :

T.A. : 11,5-6 - Pouls : 100.

Numération : G.R. : 1.150.000
 G.B. : 19.400
Hématocrite : 8 %

Or ces chiffres correspondent à un déficit globulaire considérable. Le malade pesant 90 kg, son volume globulaire normal peut être évalué à 2.250 ml : l'hématocrite à 8 permet de calculer le volume globulaire restant : 375 ml. Il y a donc un déficit de 1.875 ml de globules. La perte sanguine totale chez ce malade a donc été supérieure à 4 litres.

Par contre, si la masse sanguine lors de l'examen n'est pas totalement reconstituée, les calculs basés sur le taux de l'hématocrite donnent des chiffres inférieurs à l'importance réelle de l'hémorragie.

III.- Les mesures précises de la masse sanguine :

C'est dire l'intérêt des mesures précises de la masse sanguine, et notamment de la mesure du volume globulaire au moyen des hématies marquées 51 Cr.

Cette mesure a été pratiquée chez un certain nombre de nos malades étudiés en collaboration avec le Centre de Transfusion sanguine de l'Hôpital Saint-Antoine.

Nous n'en exposerons pas ici la technique, décrite dans la thèse de G. WATEL (4).

Cette méthode nous a confirmé l'importance considérable de certaines déperditions sanguines, beaucoup plus importantes que ne le font suspecter les examens usuels.

L'Obs. 20, en fournit un exemple typique :

Ce malade examiné après plusieurs épisodes hémorragiques depuis 4 jours et transfusion de 1 litre de sang, est pâle mais non choqué.

T.A. : 12-8 - Pouls : 100.

Numération : G.R. : 3.180.000

Hématocrite : 37 %.

Etude de la masse sanguine :

Volume sanguin total : 3.000 ml

normal : 5.250 ml

Volume plasmatique total : 2.050 ml

normal : 3.200 ml

Volume globulaire total : 950 ml

normal : 2.050 ml

Dans cette observation, un déficit globulaire supérieur à 50 % se trouvait donc totalement masqué. Numération globulaire et Hématocrite ne l'objectivaient pas, car il y avait à la fois déficit globulaire et plasmatique.

Conclusion :

La mesure du volume globulaire par les hématies marquées Cr 51 n'étant pas encore entrée dans la pratique courante, force est de se contenter des examens de laboratoire habituels : Numération Globulaire, et surtout Hématocrite, en sachant que les calculs basés sur leurs résultats ne peuvent fournir que des chiffres inférieurs à la réalité du déficit globulaire, et ceci d'autant plus que l'on est plus près d'un épisode hémorragique.

CONCLUSIONS PRATIQUES

Le délai écoulé entre le moment où l'hémorragie s'est produite et le moment de l'examen nous paraît donc essentiel pour apprécier correctement l'importance de la spoliation sanguine.

1° Si le malade est vu tôt, en pleine hémorragie ou dès sa cessation :

La numération globulaire, le dosage de l'hémoglobine, l'hématocrite sont inutiles : ils ne peuvent que faire méconnaître la gravité de l'hémorragie en donnant un résultat voisin de la normale qui ne reflète absolument pas le déficit globulaire réel.

Seuls les signes cliniques peuvent attester la gravité de l'hémorragie, sans cependant permettre une évaluation précise du volume de sang perdu.

On peut admettre qu'un abaissement de la tension artérielle maxima entre 8 et 10 correspond à une diminution de au moins 33 % du volume sanguin, soit à une perte sanguine supérieure à 1 litre 500 chez un adulte de corpulence moyenne ; les chiffres inférieurs témoignent d'une perte supérieure à 2 litres.

2° Si le malade est vu tardivement après la 6ème heure :

Les signes cliniques n'ont plus grande valeur puisque la masse sanguine s'est déjà en grande partie reconstituée par restauration du plasma.

La numération globulaire et surtout l'hématocrite sont alors intéressants pour calculer le déficit globulaire.

3° Restent les cas intermédiaires :

C'est chez ces malades vus de deux à six heures après l'hémorragie ou continuant à saigner que l'appréciation de la perte sanguine avec quelque précision offre le maximum de difficulté.

C'est sur les signes cliniques qu'il faut alors entreprendre la réanimation, puis sur l'hématocrite régulièrement vérifié dans les heures suivantes qu'il faudra la poursuivre, en sachant que d'une façon générale on risque beaucoup plus de sous-estimer la perte sanguine que de la majorer.

o

VALEUR DE CES CRITERES

DANS LES HEMORRAGIES RECIDIVANTES

Leur appréciation doit être encore plus nuancée.

1° Renseignements fournis par la Tension Artérielle et le pouls :

Certes, la remontée de la T.A. et sa stabilisation, le ralentissement du pouls sont des éléments favorables, témoins habituels d'une hémostase spontanée tout au moins transitoire.

Mais, nous avons déjà insisté sur ce point, ces éléments rassurants ne doivent pas faire méconnaître la gravité de l'état lié au déficit globulaire persistant.

En cas de reprise de l'hémorragie, la

chute de la T.A. et plus encore la tachycardie sont des témoins très fidèles de la reprise du saignement avant même son extériorisation par hématomèse ou méloena.

Mais leur rapport avec la gravité réelle de la spoliation sanguine est encore beaucoup plus difficile à apprécier que lorsqu'il s'agit d'une première hémorragie.

En effet, le niveau de la chute tensionnelle est avant tout fonction du volume sanguin perdu : or à volume égal, l'hémorragie sera infiniment moins grave si elle survient chez un sujet dont la perte globulaire initiale avait été compensée que chez un sujet dont la masse globulaire considérablement réduite précédemment, et non corrigée, peut devenir du fait d'une nouvelle déperdition incapable d'assurer une hématoxe suffisante. Il s'agit là encore d'un fait bien banal, qui semble méconnu par beaucoup dans le traitement des grandes hémorragies digestives.

2° Renseignements fournis par la Numération et l'Hématocrite :

Précieux pour juger du déficit globulaire à distance d'une hémorragie, ils sont pratiquement sans intérêt pour juger immédiatement du retentissement d'une récurrence.

D'autre part, si dans les hémorragies lentes et persistantes, des hématocrites répétés sont utiles pour déceler le déficit globulaire croissant, il paraît vain par contre de vouloir, en présence d'une hémorragie massive, conclure à sa continuation ou à sa récurrence précoce, sur des hématocrites successifs et rapprochés, l'abaissement progressif de l'hématocrite pouvant n'être que

la conséquence de la restauration plasmatique et de la dilution des hématies en l'absence de tout nouveau saignement.

-:-

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

-:-

Sans reprendre l'ensemble de ce problème (5), nous soulignerons surtout l'intérêt de l'examen radiologique d'urgence et de la gastrotomie exploratrice, n'ayant pas l'expérience de l'endoscopie d'urgence (6).

Les 27 observations que nous avons étudiées portent sur :

13 ulcères duodénaux :

- 3 d'entre eux ont pu d'emblée être affirmés sur des examens radiologiques antérieurs (Obs. : 6, 10 et 13).

- 5 fois le diagnostic d'ulcère a pu être fait sur des antécédents cliniques plus ou moins typiques, alors qu'il n'y avait pas eu d'examen radiologique antérieur ou que ses résultats n'étaient pas connus du malade.

Trois de ces malades ont subi un examen radiologique d'urgence, qui a confirmé le diagnostic (Obs. : 1, 11, 12).

Deux autres ont été opérés sur cette seule présomption clinique (Obs. : 5 et 7).

- 4 fois, on ne retrouvait aucun antécédent évocateur d'un ulcère, mais au contraire un éthylisme avoué ; deux de ces malades étaient porteurs d'un gros foie.

La radio d'urgence a montré :

- chez ces 4 malades, l'absence de varices œsophagiennes ;
- chez 3 d'entre eux l'existence certaine d'un ulcère bulbaire ou post-bulbaire (Obs. : 3, 4 et 8).
- chez le 4ème, un duodénum non injecté sur tous les clichés (Obs. 2)
- 1 seul de ces malades fut opéré sans diagnostic précis et sans avoir subi d'examen radiologique (Obs. : 9).

8 ulcères gastriques :

Sur ces 8 ulcères gastriques :

- 4 fois le diagnostic put être affirmé sur les résultats d'examens radiologiques antérieurs (Obs. 14, 15, 17 et 19).
- 3 fois le diagnostic n'avait pas été fait antérieurement et chez deux de ces malades seulement on retrouvait des troubles digestifs peu évocateurs ayant précédé l'accident hémorragique.

Dans les 3 cas, l'examen radiologique d'urgence permit de faire le diagnostic pré-opératoire (Obs. 16, 20 et 21).

- 1 seul ulcère gastrique fut reconnu lors d'une intervention exploratrice (Obs. 18). Il est intéressant de noter à son propos que l'hémorragie survint 10 jours après un enclouage pour fracture cervico-trochantérienne du fémur, soulevant le problème évoqué par J. SENEQUE du rôle possible d'un traumatisme

à l'origine de certaines hémorragies ulcéreuses (7).

5 ulcères de Dieulafoy (8) :

- 1 de ces ulcères fut découvert chez une malade traitée antérieurement pour un ulcère du bulbe prouvé radiologiquement. L'intervention montra en fait une cicatrice d'ulcère bulbaire et c'est une gastrotomie qui fit découvrir l'ulcère gastrique.

De telles observations d'ulcères aigus survenant chez des malades présentant des antécédents ulcéreux anciens ne semblent d'ailleurs pas exceptionnelles (MOYSON et DE SCOVILLE, BANZET, L. LEGER).

Elles soulignent en tous cas l'intérêt de la gastrotomie en cas de doute sur l'origine du saignement.

- 3 autres malades qui ne présentaient pas d'antécédents digestifs particuliers subirent un examen radiologique d'urgence.

- chez l'un d'eux le diagnostic d'ulcère du bulbe fut porté sur la radio et démenti par l'intervention (Obs. 25).

- Chez les deux autres, la radio eut pour seul intérêt d'éliminer des varices oesophagiennes alors que l'un d'eux était éthylique (Obs. 22 et 23).

- 1 malade enfin subit une intervention exploratrice au cours de laquelle la gastrotomie fit découvrir l'ulcération (Obs. 24).

1 tumeur gastrique :

Aucun antécédent digestif précis ne pouvait la faire suspecter et c'est l'examen radiologique d'urgence qui permit de faire le diagnostic (Obs. 27).

1 ulcère peptique hémorragique :

C'est chez l'un de nos opérés que deux mois après une gastrectomie faite d'urgence pour ulcère du bulbe hémorragique (Obs. 4) qu'un nouvel accident dramatique fit réintervenir : il s'agissait d'une ulcération de l'arcade colique.

Au total :

- Chez 8 malades, des antécédents précis et des examens radiologiques antérieurs permettaient un diagnostic : chez l'un d'eux malgré tout l'intervention montra une simple cicatrice d'ulcère bulbaire, l'origine de l'hémorragie étant un ulcère aigu de l'estomac.

- Chez 7 malades l'interrogatoire et l'examen clinique ne permettaient que de suspecter le diagnostic : l'examen radiologique d'urgence permit de l'affirmer dans les cinq cas où elle fut pratiquée.

- Chez 7 autres malades, aucun antécédent n'évoquait un ulcère. Cinq d'entre eux, au contraire, étaient éthyliques. La radio d'urgence fit faire 6 fois le diagnostic d'ulcère. C'était une erreur dans un cas où l'intervention montra non pas l'ulcère du bulbe que l'on avait cru voir, mais un ulcère aigu gastrique.

- Finalement, 6 interventions furent déci-

dées sans diagnostic précis :

Trois de ces malades avaient subi un examen radiologique en urgence négatif : il s'agissait d'un ulcère du bulbe (bulbe non injecté sur la radio : Obs. 2) et de deux ulcères gastriques aigus.

Les trois autres furent opérés sans radio : un ulcère du bulbe, un ulcère gastrique, un ulcère de Dieulafoy.

Ces constatations nous amènent à souligner l'intérêt pour le diagnostic

- de l'examen radiologique d'urgence,
- de la gastrotomie exploratrice.

o

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE D'URGENCE

1° Son intérêt :

Il est certain dans tous les cas où un doute persiste sur le diagnostic et notamment lorsque coexistent des antécédents peu précis et des signes d'éthylisme : il en fut ainsi pour cinq malades chez qui la radio permit de découvrir l'ulcère et d'éliminer l'existence de varices oesophagiennes.

A l'inverse, au cours des hémorragies graves par hypertension portale observées dans le Service durant la même période, l'examen radiologique fut précieux en éliminant la possibilité d'un ulcère associé (9) et en montrant l'existence de varices oesophagiennes. Le diagnostic s'est toujours trouvé confirmé par l'intervention ou la

vérification post-mortem sauf dans un cas :

Chez un homme de 37 ans (THI... Henri), sans aucun autre antécédent qu'un ictère deux ans auparavant, l'examen radiologique d'urgence fait conclure à un ulcère du bulbe. Il s'agit en fait d'une cirrhose (métaictérique ?) et d'une hémorragie par rupture de varices oesophagiennes, peu visibles sur les clichés radiologiques

Nous ne discuterons pas l'intérêt de la splénoportographie d'urgence dans ces cas : nous n'en avons aucune expérience (10).

2° Précautions à prendre :

Au prix de quelques précautions techniques bien soulignées par DELANNOY (11) (12), cet examen paraît sans danger et l'on ne saurait s'en priver.

Nous le pratiquons le plus tôt possible, mais cependant dans ces hémorragies graves, mettant immédiatement en jeu le pronostic vital, après une courte phase de réanimation : en pratique lorsque la T.A. semble se stabiliser au voisinage de 10-7. Nous restons prêts à reprendre la transfusion si une récurrence de l'hémorragie survenait durant l'examen mais soulignons à ce propos qu'une reprise de l'hémorragie pendant l'examen radiologique ou immédiatement après, ne fut observée dans aucune de nos observations.

La bouillie barytée doit être assez liquide pour être avalée facilement.

Les premières gorgées de bouillie sont avalées alors que la table est inclinée entre 45° et 60°, ce qu'il est pratiquement toujours possible d'obtenir : des clichés de l'oeso-

phage sont alors faits pour rechercher systématiquement des varices oesophagiennes ; des clichés gastriques, et c'est par un cliché gastrique pris après la lère gorgée de bouillie que l'on peut espérer mettre en évidence un ulcère de la face postérieure de l'estomac, comme le conseille DELANNOY à la suite de PORCHER (13). L'examen peut être poursuivi en decubitus dorsal, puis en léger Trendelenbourg pour étudier la grosse tubérosité, mais en évitant les manœuvres de compression.

Enfin, sauf dans les rares cas où l'état du malade est vraiment trop précaire, nous le plaçons en fin d'examen en procubitus pour obtenir de bonnes images duodénales.

Conclusion :

Nous ne pouvons donc après beaucoup d'autres que confirmer l'innocuité et le grand intérêt de l'examen radiologique d'urgence, en soulignant cependant la nécessité de certaines précautions, d'une installation matérielle parfaite et de la collaboration d'un radiologiste entraîné à la pratique de cet examen. Il est dans ces conditions presque toujours praticable, même dans les hémorragies les plus graves qui sont, rappelons-le, les seules que nous ayons retenues dans cette étude.

Il est bien évident que dans tous les autres cas d'hémorragies plus minimales observées dans le Service durant la même période, l'examen radiologique put toujours être pratiqué sans aucun incident.

LA GASTROTOMIE EXPLORATRICE

Nous ne voulons pas ici discuter le principe de l'intervention exploratrice que nous aborderons en étudiant le traitement, mais le problème de la gastrotomie lorsqu'à l'ouverture de l'abdomen la cause du saignement n'apparaît pas de façon évidente.

Nous rejetons en effet formellement le principe de la gastrectomie aveugle conseillée par certains (14) car indépendamment du fait que la gastrectomie ne nous paraît pas s'imposer dans les ulcères gastriques aigus, elle risque de laisser en place la lésion hémorragique qui se trouve située sur la grosse tubérosité ou au voisinage du cardia dans la majorité des cas.

C'est en pratiquant une gastrotomie que furent découverts dans nos observations cinq ulcères aigus de l'estomac dont l'un chez une femme porteuse d'un ulcère bulbaire : mais le siège antérieur de cet ulcère et son aspect cicatriciel paraissaient peu compatibles avec une hémorragie massive dont la gastrotomie montra l'origine réelle.

Mais cette gastrotomie n'a de valeur que si elle est très large, haut située, remontant sur la grosse tubérosité, pour permettre d'explorer la région du cardia. L. LEGER propose même dans les interventions sans diagnostic précis à l'occasion d'une hémorragie gastrique de recourir pour faciliter cette exploration de la grosse tubérosité à une incision oblique gauche de l'ombilic à la 9ème côte, pouvant être prolongée en thoraco-phréno-laparotomie. Une incision

médiane semble en fait suffisante pour une exploration correcte (15).

Il faut ensuite explorer méthodiquement la cavité gastrique après évacuation de son contenu, en s'aidant au besoin d'une valve éclairante.

Généralement le saignement est évident : une artériole donne en jet au niveau d'une petite ulcération muqueuse.

Mais dans deux de nos cas ce n'est qu'en frottant légèrement avec une compresse que l'on fit réapparaître l'hémorragie au niveau de l'ulcération.

Soulignons en terminant la possibilité d'ulcérations multiples à ne pas méconnaître (16) (17).

Conclusion :

Cinq gastrotomies furent pratiquées dans nos observations : cinq fois un ulcère aigu fut découvert.

Ceci nous conduit à évoquer le problème des gastrites hémorragiques diffuses et des gastrotomies blanches.

Nous n'avons jamais observé de gastrite hémorragique diffuse au cours de ces hémorragies graves où la cause du saignement a toujours été reconnue, précise et localisée. Le nombre de nos observations est trop restreint pour nous permettre une conclusion formelle.

Mais on peut se demander si un certain nombre d'hémorragies rapportées à une gastrite

hémorragique ne correspondent pas plutôt à des ulcérations aiguës méconnues à la suite :

- soit d'une mauvaise gastrotomie, trop étroite et trop bas située, ne permettant pas d'explorer la grosse tubérosité et la région cardiaque ;

- soit d'une gastrectomie "aveugle" n'ayant pas emmené l'ulcération.

Le fait de constater dans ces cas une muqueuse gastrique congestive et oedémateuse dans son ensemble, semble sans signification puisque cet aspect est banal au cours de toutes les hémorragies gastriques importantes.

Nous n'avons pas eu non plus de gastrotomie "blanche". Mais, dans deux cas, le saignement temporairement arrêté ne réapparut qu'en frottant légèrement à la compresse une petite ulcération muqueuse superficielle ; d'abord masquée par des caillots.

Une telle ulcération n'a-t-elle pas été méconnue dans certaines gastrotomies dites "blanches".

LE TRAITEMENT MEDICAL

--

Sa place nous paraît essentielle, non pas avec l'espoir d'éviter l'intervention chirurgicale, mais pour préparer au mieux le malade à cette intervention.

La transfusion sanguine doit constituer la base de cette préparation.

o

LA TRANSFUSION SANGUINE

Plusieurs problèmes se posent à son propos :

I - Les différents produits utilisables :

1° Le plasma sanguin :

Son utilisation est ici un non-sens. D'une part, il ne corrige pas le déficit globulaire qui deviendra très rapidement la conséquence essentielle de l'hémorragie alors que le plasma perdu se sera reconstitué spontanément.

D'autre part, y recourir pour lutter dans l'immédiat contre un collapsus circulatoire menaçant est inutile puisque, en l'absence de sang total, n'importe quel substitut du plasma et même n'importe quelle solution isotonique peut remplir transitoirement ce rôle.

2° Le sang frais :

Son avantage sur le sang conservé ne paraît pas évident à la majorité des auteurs.

3° Le sang conservé :

C'est lui qui fut utilisé dans la majorité de nos observations.

Nous reviendrons sur les quantités à injecter.

Rappelons qu'il est indispensable d'administrer un sel de calcium (chlorure ou glutamate) dès que la perfusion est abondante : en pratique 1 g par flacon au-delà de 1 litre.

Enfin ce doit être, et c'est là un point essentiel du sang isogroupe, iso Rh, une transfusion importante de sang O pouvant occasionner des accidents d'incompatibilité lors de ces grandes hémorragies.

4° Le sang déplasmatisé :

Il devrait être utilisé beaucoup plus souvent qu'il ne l'est, surtout dans les hémorragies persistantes ou dans les hémorragies compensées avec quelques heures de retard. En effet, nous avons vu que dans ces cas la masse plasmatique est déjà reconstituée spontanément en grande partie : l'apport plasmatique est donc inutile chez ce sujet, voire dangereux car il risque d'aboutir à une surcharge.

L'apport de globules déplasmatisés constitue donc la solution idéale permettant de compenser la déperdition globulaire sans risque de surcharge.

Rappelons que le flacon de globules déplasmatisés préparé à partir d'un flacon de sang

conservé de 500 ml contient 150 ml de globules pour 70 ml de plasma environ (au lieu de 250 ml de plasma pour 150 ml de globules).

II - Quelle quantité perfuser ?

C'est là le point essentiel de la thérapeutique : une compensation large de la perte globulaire nous paraît indispensable et les vertus des petites transfusions dites hémostatiques nous paraissent des plus douteuses.

1° Les petites transfusions :

Elles se proposent avant tout de favoriser l'hémostase.

En fait, s'il est indiscutable que le collapsus immédiat lié à l'hémorragie favorise la formation d'un caillot dit hémostatique, le rôle favorisant de la transfusion apparaît beaucoup plus douteux pour deux raisons :

- d'une part l'origine de ces hémorragies graves est une lésion vasculaire et non un quelconque trouble de l'hémostase. La crase sanguine de ces malades est normale : il n'y a donc aucune raison pour que la transfusion corrige un trouble de l'hémostase qui n'existe pas et favorise la formation d'un caillot.

- d'autre part, même si l'on suppose l'existence d'un trouble de la coagulabilité sanguine (dans le cas d'un éthylique par exemple) les facteurs de correction apportés par une transfusion de 150 à 300 ml de sang, sont insuffisants pour avoir une action efficace.

Reste donc à envisager le rôle substitutif de ces transfusions. 250 ml de sang conservé contiennent environ 75 ml de globules. Les déficits à compenser sont souvent de l'ordre de 1500 ml de globules ou plus. Il nous semble inutile d'insister longuement sur l'insuffisance dérisoire de la compensation.

Ainsi l'action de ces transfusions apparaît pratiquement négligeable.

Bien plus, leur pratique ne semble nullement éviter la récédive de l'hémorragie ainsi qu'en témoignent les observations de certains malades n'ayant pas reçu de sang ou des quantités minimales avant de nous être confiés et que nous avons été amenés à voir à l'occasion d'une reprise hémorragique. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que même en l'absence de toute transfusion (nous avons déjà insisté longuement sur ce point) la masse plasmatique se reconstitue rapidement entraînant une remontée tensionnelle : s'abstenir de tout apport sanguin ou se contenter d'un apport minime n'aura donc pour seule conséquence que de maintenir le déficit globulaire et de risquer de voir toute récédive hémorragique ou tout acte chirurgical infiniment plus mal supportés que par un sujet compensé.

2° Les transfusions substitutives :

Ce sont de telles transfusions qu'il faut réaliser mais en tenant compte de l'heure à laquelle le malade est vu pour choisir entre sang total et globules déplasmatisés.

- Malade vu plus de 6 heures après l'hémorragie :

Dans ce cas, le volume plasmatique est en grande partie reconstitué et les signes cli-

niques de choc liés à l'hypovolémie se sont atténués : c'est le déficit globulaire qu'il faut compenser, déficit souvent considérable. Nous avons vu que dans la pratique courante une estimation de ce déficit pouvait être calculée à partir de l'hématocrite, le seul risque étant une sous-estimation lorsque l'hématocrite a été fait trop rapidement après un épisode hémorragique. Un déficit de l'ordre de 1000 ml de globules n'est pas rare.

Il est bien évident qu'un apport globulaire aussi massif ne peut être réalisé par du sang total sans risque de surcharge plasmatique, encore que ce problème soit discuté (18).

La perfusion lente de globules sanguins déplasmatisés nous paraît alors constituer la solution idéale : un apport de 900 ml de globules peut être réalisé par la perfusion de 6 flacons de globules déplasmatisés : la quantité de plasma injecté n'est dans ce cas que de 400 ml, au lieu de 1500 ml s'il s'était agi de sang total.

De fait nous n'avons jamais observé d'accident de surcharge ou de reprise de l'hémorragie dont une telle perfusion lente de globules puisse être rendue responsable : il faut d'ailleurs noter qu'elle est pratiquement sans action sur la T.A..

Malade vu en période hémorragique :

C'est un déficit sanguin total, à la fois globulaire et plasmatique qu'il faut compenser dans ce cas en se guidant sur les signes cliniques : c'est donc du sang total qu'il faut administrer.

Cependant si l'on craint en provoquant une remontée tensionnelle trop rapide d'empêcher

une hémostase spontanée de se faire ou de se maintenir, l'administration de globules déplasmatisés semble avoir encore dans ce cas une excellente indication.

C'est ainsi que l'on peut injecter un flacon de sang total et deux flacons de globules déplasmatisés : tout en ne corrigeant que modérément l'hypovolémie globale et sans risque de réascension tensionnelle trop brutale, on évite les conséquences immédiates redoutables des déficits globulaires massifs.

L'administration de sang total et de globules déplasmatisés est ensuite poursuivie en se basant d'abord sur les signes cliniques, puis sur les données de l'hématocrite.

- Malade vu lors d'une récurrence hémorragique :

Cette éventualité constitue pour nous une indication opératoire d'urgence : nous essayons donc par une perfusion rapide, avec l'aide souvent de l'appareil de Jouvelet, d'obtenir une tension maxima au voisinage de 8 pour intervenir.

Une perfusion, associant souvent sang total et globules est maintenue pendant l'intervention.

Conclusion :

Une compensation toujours aussi exacte que possible de la perte sanguine nous paraît donc toujours indispensable au cours de ces hémorragies graves.

Il nous semble en effet illogique, tandis que l'on compense chez d'autres malades avec tant de soins la moindre perte sanguine per-

opératoire, de laisser chez ces sujets persister des déficits correspondant souvent à plus de la moitié de la masse globulaire, alors qu'ils sont exposés à subir une récursive hémorragique ou une intervention chirurgicale majeure.

La crainte de provoquer une récursive de l'hémorragie ne nous paraît pas un argument suffisant pour justifier l'absence d'apport sanguin, d'autant que les récursives sont fréquentes même en l'absence de toute transfusion.

Par ailleurs, l'utilisation large des perfusions de globules déplasmatisés diminue ce risque en évitant toute surcharge.

III - La voie d'introduction :

1° La voie veineuse :

Elle nous a toujours paru suffisante à une double condition :

- de ne pas hésiter à dénuder une veine dès que la ponction percutanée offre des difficultés;

- de recourir à la perfusion accélérée par l'appareil de Jouvelet lorsqu'un débit massif est nécessaire, immédiatement avant l'intervention notamment.

2° La voie artérielle (19) :

Elle ne nous paraît pas avoir de supériorité manifeste sur la voie veineuse accélérée tout en comportant des dangers non négligeables.

Il nous paraît utile de rappeler à son propos la conclusion de R. MONOD et A. GERMAIN au LIXe Congrès de Chirurgie (20) : "La transfusion intra-artérielle ne doit être utilisée ni pour pallier une insuffisance d'organisation transfusionnelle, ni surtout pour corriger une insuffisance de réanimation, ce qui est fréquemment le cas".

o

LES AUTRES ELEMENTS DU TRAITEMENT

Nous serons bref à leur sujet.

1° Le décubitus, le repos, l'administration de sédatifs, en évitant soigneusement la morphine, sont indiqués dans tous les cas.

2° L'oxygénothérapie est souvent considérée comme un geste thérapeutique essentiel : il nous paraît beaucoup plus utile d'éviter les accidents anoxiques en compensant la perte globulaire.

3° Les médications hémostatiques :

Leur inefficacité est habituellement totale. Seule, la thrombine absorbée per os pourrait avoir un certain intérêt, surtout après évacuation de l'estomac par aspiration (21).

4° Cette aspiration gastrique d'autre part semble favoriser l'hémostase et de nombreux auteurs la préconisent.

C'est par ailleurs un procédé facile pour juger de la persistance ou non du saignement.

5° Le rôle des analeptiques cardio-vascu-
laires de tous ordres nous semble négligeable,
sauf chez un sujet âgé au coeur déficient.

6° La prescription d'antibiotiques paraît
par contre indispensable dans tous les cas.

7° Quant à l'alimentation précoce, sa su-
périorité sur la diète ne paraît pas douteuse.

Soulignons à ce propos que l'apport liqui-
dien doit être important : la seule reconsti-
tution plasmatique absorbe une quantité im-
portante d'eau extra-vasculaire entraînant
une déshydratation dont témoignent la soif
et la chute de la diurèse.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

-:-

Ce problème est passionnément débattu puisque en matière d'hémorragies gastro-duodénales les divergences sont telles que l'on voit encore des partisans de l'abstention systématique (22) s'opposer à des partisans de l'intervention immédiate de principe.

Une attitude beaucoup plus nuancée est cependant adoptée par la majorité des auteurs qui refusent d'opposer les résultats du traitement médical à ceux de la chirurgie, pour les considérer comme deux méthodes thérapeutiques complémentaires.

Mais là s'arrête l'accord : l'heure de l'intervention et le choix de l'indication opératoire en fonction de l'âge du sujet, de la certitude ou non du diagnostic ; s'il s'agit d'un ulcère, de son ancienneté, de son siège, de l'efficacité du traitement médical, sont autant de points qui les opposent.

Nous ne prétendons pas trancher le débat ; nous nous proposons simplement d'exposer notre attitude, essentiellement basée sur l'efficacité ou non de la réanimation.

INDICATIONS OPERATOIRES

Certains arguments classiques de cette discussion nous ont semblé ne jouer qu'un rôle accessoire .

Il en est ainsi :

- de l'âge du sujet. Il est certain que les hémorragies graves sont plus fréquentes chez des sujets âgés de plus de 45 ans (27), mais en dehors de cette constatation la notion d'âge a peu d'incidences dans les indications opératoires ;

- du siège de l'ulcère, car contrairement aux résultats de certaines statistiques (23) (24) nous n'avons que 8 ulcères gastriques pour 13 ulcères duodénaux ; pour ces derniers, l'opération fut pratiquée 10 fois en urgence, en pleine hémorragie ou lors d'une récurrence ;

- de l'ancienneté des antécédents ulcéreux et de l'opposition classique depuis PAPIN et WILMOTH (25) entre l'ulcère jeune saignant en nappe et l'ulcère ancien angio-térébrant .

Une remarque nous paraît importante au sujet de ces ulcères angio-térébrants. Partisans et adversaires de la chirurgie en tirent des conclusions statistiques contradictoires à l'appui de leur thèse :

- fréquence de la constatation opératoire d'artères, notamment gastro-duodénale ou coronaire, saignant en jet, pour les premiers (26),

- fréquence de l'obturation spontanée par un caillot hémostatique, pour les seconds.

La querelle nous paraît vaine :

- Il est indiscutable que l'hémostase spontanée est possible ;

- il est indiscutable aussi que cette hémostase est fragile, et que le saignement peut

reprendre à tout moment ;

- il est indiscutable enfin que l'hémorragie peut ne s'arrêter qu'avec la mort.

Tout le problème est de savoir s'il est préférable d'opérer tôt un sujet en bon état, sans avoir peut-être épuisé toutes les chances d'hémostase spontanée, ou de prendre le risque d'intervenir la main forcée, sur un moribond.

Le même problème se pose d'ailleurs à propos de la nécessité d'un diagnostic préopératoire précis :

- Peut-on proposer une laparotomie exploratrice lorsque les investigations cliniques et radiologiques n'ont pas permis de déceler la cause du saignement ?

- Ou bien faut-il n'intervenir qu'avec un diagnostic certain et risquer de méconnaître certaines lésions comme les ulcérations de Dieulafoy dont certaines peuvent saigner jusqu'à la mort.

Finalement, ce sont avant tout les résultats de la réanimation médicale qui nous paraissent conditionner les indications opératoires, ces résultats étant fonction de la persistance ou de l'arrêt de l'hémorragie, de sa reprise ou non.

1 - L'hémorragie s'arrête rapidement et aucune récidive ne se produit :

C'est une éventualité rare dans ces hémorragies graves : nous ne l'avons observée que 5 fois :

- trois ulcères duodénaux,
- un ulcère gastrique,
- un cancer gastrique.

Le malade, étroitement surveillé peut être alors complètement rééquilibré tant au point de vue biologique qu'hématologique, et l'indication opératoire discutée à froid, en fonction de la lésion.

2 - L'hémorragie persiste :

Il faut intervenir d'urgence.

Il nous paraît inutile, en prolongeant la réanimation, d'attendre outre mesure la survenue d'une hémostase hypothétique : le délai de 48 heures prôné par certains nous paraît peu défendable. Il faut poser l'indication opératoire, dès que l'on a la conviction d'une hémorragie persistante sous une réanimation bien conduite.

Dans le seul de nos cas où une tentative de temporisation fut faite en raison de l'état très précaire du malade, l'évolution fut mortelle en 6 heures (Obs. 8).

3 - Il s'agit d'une récurrence hémorragique :

C'est le cas d'un grand nombre de nos malades, traités dans des services de Médecine avant de nous avoir été confiés à l'occasion d'une récurrence.

L'indication opératoire doit être alors rapidement posée, même s'il semble qu'une nouvelle hémostase se soit faite.

Tout au plus peut-on profiter de cette accalmie,

- pour pratiquer un examen radiologique d'urgence si, en l'absence d'examen antérieur, le diagnostic reste incertain ;
- pour préparer par une réanimation rapide le malade à l'intervention.

o

CHOIX DE L'INTERVENTION

1° Ulcères duodénaux :

Une gastrectomie des 2/3 type Hoffmeister-Finsterer fut toujours pratiquée

Le fond des ulcères angio-térébrants perforés dans le pancréas est laissé en place. L'hémostase de la gastro-duodénale ulcérée est toujours facilement obtenue par deux points placés de part et d'autre de la perforation.

Deux artifices, souvent utilisés dans les gastrectomies difficiles pour ulcères bulbaires ou post-bulbaires, méritent d'être signalés :

- d'une part la vérification facile de l'intégrité du cholédoque en injectant avec une aiguille fine une solution diluée de bleu de méthylène dans la vésicule avant la fermeture du moignon duodénal. On peut ainsi s'assurer à la fois de l'absence de blessure du cholédoque et de sa perméabilité.

- D'autre part, la section de la lame pré-duodénale au bord externe du duodénum, et l'amorce d'un décollement duodéno-pancréatique qui permettent de décrocher le genu

superius, d'opérer moins "en profondeur", et d'assurer pendant la libération duodénale une hémostase temporaire, lorsque la gastroduodénale donne, en comprimant le pied du pédicule hépatique.

Une gastrectomie a été possible dans tous les cas : nous pensons que c'est la seule intervention logique dans ces ulcères angio-térébrants.

2° Ulcères gastriques :

Une gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer fut également pratiquée sauf dans deux cas :

1) Chez une femme de 72 ans ayant longtemps refusé l'intervention et opérée dans un état catastrophique, on découvrit un ulcère hémorragique perforé (Obs. 21). L'ulcère fut simplement suturé. Mais un mois après l'intervention, dix jours après sa sortie du Service, une douleur abdominale brutale avec collapsus fut mal interprétée (accident coronarien ?). La vérification montra une récurrence de l'ulcère à nouveau perforé.

2) Chez un homme de 52 ans à l'état vasculaire déplorable (infarctus du myocarde antérieur, hémiplegie droite avec aphasie), un ulcère sous-cardiaque hémorragique géant obligea à intervenir devant un saignement persistant. En raison du siège de l'ulcère : Gastrectomie polaire supérieure par voie thoracique. La mort survient au 8ème jour par complications pulmonaires.

3° Ulcères gastriques aigus :

Nous avons déjà insisté sur l'intérêt de la gastrotomie et dit que la gastrectomie ne nous paraissait pas nécessaire.

De fait, sur cinq cas, une seule gastrectomie fut pratiquée : il y avait à la fois un ulcère ancien de la face antérieure du duodénum et un ulcère aigu gastrique (Obs.26).

Ailleurs, l'intervention se limita à pratiquer l'hémostase par un ou plusieurs points en X.

On peut dès lors se demander :

- si cette intervention était vraiment indispensable, d'une part ;
- si ce simple geste est suffisant d'autre part.

L'intervention est-elle indispensable ?

Ceci nous paraît indiscutable : tous nos malades lorsqu'ils nous ont été confiés saignaient depuis plus de 4 jours, conservaient des anémies considérables malgré des transfusions répétées et furent tous opérés à l'occasion d'une récurrence.

L'un même (Obs. 22) saignait par intermittence depuis 15 jours, et malgré 16 flacons de sang, avait une Numération à 2.100.000 hématies et un taux d'Hémoglobine à 34 %. Il reçut encore dans le Service 3 litres de sang pré-opératoire.

La simple hémostase est-elle suffisante ?

Nos observations sont trop peu nombreuses pour nous permettre de trancher le débat, mais plaident dans ce sens.

Il n'y eut jamais la moindre récurrence hémorragique post-opératoire.

Les malades revus avec un recul de 8 à 14 mois vont tous parfaitement bien et n'ont jamais eu de saignement depuis l'intervention.

o

SOINS POST-OPERATOIRES

Ils sont sensiblement les mêmes que pour une gastrectomie banale si la perte sanguine a été suffisamment compensée avant et pendant l'intervention.

Nous n'y insisterons donc pas.

Signalons cependant que, suivant la règle du Service, l'équilibre hydroélectrolytique de ces opérés est suivi de très près par des bilans d'abord quotidiens, puis plus espacés. Nous n'avons pas jugé utile de les reproduire dans nos observations, mais ils nous ont confirmé l'absence de déséquilibre hydroélectrolytique particulier qui puisse être la conséquence des transfusions massives. Nous n'avons notamment jamais observé de surcharge sodée rejoignant en cela les conclusions de J. BAUMANN et de FORSTER et coll. (18).

Par contre, un malade est mort d'embolie pulmonaire. Le rôle des transfusions massives qu'il avait reçues peut être discuté (Obs. 4).

o

RESULTATS

Nous les discuterons simplement sur le plan vital.

1 - Deux malades sont morts sans avoir été opérés :

- L'un d'eux refusa l'intervention qui lui était proposée et quitta le service avec une anémie considérable qui ne fut pas compensée par la suite. Une récédive à la 48ème heure entraîna la mort en quelques minutes (Obs. 3).

- L'autre ne fut pas opéré en raison de son état trop précaire (Obs. 8). C'est le seul cas où une tentative de temporisation fut faite : l'évolution fut fatale en 6 heures.

2 - Un décès est attribuable à une erreur de groupe (Obs. 16).

3 - Restent 4. morts dont il convient d'analyser la cause :

Obs. 2 : Une fistule du grêle sans doute en rapport avec une reprise d'éviscération est responsable de la mort 1 mois après la gastrectomie.

Obs. 4 : Ce malade subit 2 interventions pour des accidents hémorragiques sévères :

Le 20.9.57 : Gastrectomie pour ulcère duodénal angio-térébrant.

Le 10.11.57 : Intervention pour ulcère peptique ayant ulcéré l'arcade colique.

Le 17.11.57 , une réintervention est nécessaire pour hématome de la loge splénique.

Meurt le 22.11.57 d'une embolie pulmonaire massive.

Obs. 6 : Gastrectomie difficile pour ulcère du bulbe angiotérébrant chez un cirrhotique. Meurt le 21ème jour en grande insuffisance hépatique.

Obs. 19 : Nous l'avons déjà évoquée :
Gastrectomie polaire supérieure par voie thoracique chez un homme de 72 ans à très mauvais état vasculaire, mort au 8ème jour de complications pulmonaires.

En conclusion :

Pour 26 interventions, dont 21 pratiquées en urgence à l'occasion d'hémorragies graves persistantes ou récidivantes, nous relevons cinq décès.

Mais il nous paraît plus important de tenir compte, plutôt que du nombre des décès, de leur cause : or, en dehors de l'accident transfusionnel, tous sont survenus tardivement du 8ème au 21ème jour, pour des raisons parfaitement déterminées. Nous n'avons constaté aucune mort post-opératoire précoce que l'on puisse rattacher à un choc dit "irréversible".

Cette constatation nous paraît fondamentale : elle justifie pour nous les principes de réanimation et les indications opératoires que nous avons exposés.

CONCLUSIONS

-:-

Reprenant l'étude de 28 hémorragies graves d'origine gastro-duodénale observées au cours des 4 dernières années à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le Service de notre Maître, le Professeur J. GOSSET, nous avons envisagé à leur propos un certain nombre de problèmes.

1° L'appréciation des critères de gravité de l'hémorragie :

Dans leur interprétation, l'importance de la restauration spontanée du volume plasmatique semble souvent méconnue. Il en résulte habituellement une sous-estimation de la déperdition sanguine et une insuffisance de sa compensation rendant ces malades particulièrement vulnérables lors d'une récurrence ou de l'intervention chirurgicale.

2° Le diagnostic étiologique :

La révision de nos observations nous conduit à souligner l'intérêt de l'examen radiologique d'urgence presque toujours praticable même dans ces hémorragies graves et celui de la gastrotomie exploratrice.

3° Le traitement médical :

La transfusion sanguine en est la base. Les transfusions minimales, dites hémostatiques nous paraissent sans aucun intérêt, et par ailleurs

n'évitent nullement la survenue d'une récurrence. Il nous semble indispensable de reconstituer la masse globulaire considérablement diminuée de ces malades : les transfusions de globules déplasmatisés peuvent constituer la solution idéale en compensant le déficit globulaire sans risque de surcharge plasmatique.

4° Le traitement chirurgical :

Ses indications doivent être larges, mais non systématiques.

Une tentative de traitement médical est toujours faite durant laquelle est pratiqué l'examen radiologique s'il apparaît nécessaire pour le diagnostic.

Si un diagnostic a pu être porté :

Nous n'hésitons pas à intervenir,

- au bout de quelques heures si l'hémorragie persiste ;
- dès qu'il y a récurrence dans les cas où une hémostase temporaire s'était produite.

Ailleurs, aucun diagnostic n'a pu être porté :

- soit parce que l'état du malade n'a pas permis une étude radiologique, ce qui est rare ;
- soit parce que l'examen radiologique n'a pas montré d'images particulières ;
- toute autre cause possible d'hémorragie, notamment hépato-splénique, étant éliminée ;

Nous ne pensons pas comme certains qu'il y a lieu dans ce cas de pousser au maximum la réanimation médicale.

Il faut au contraire intervenir ; c'est ainsi que nous avons découvert deux ulcères du bulbe et un ulcère gastrique.

Reste le cas où l'examen de l'estomac et du duodénum ne montre rien : il nous paraît alors abusif de pratiquer une gastrectomie. Par contre, une gastrotomie large nous a permis de découvrir cinq ulcères gastriques aigus sur ces 28 cas d'hémorragies graves.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : J. GOSSET	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

OBSERVATIONS

-:-

I.- ULCERES DUODENaux

Obs. I

BEL... Raymond. Homme. 58 ans.

Transféré dans le Service le 12 janvier 1959 pour méloena persistant.

Début de l'accident :

Le 10 janvier 59 : syncope suivie de méloena abondant.

Hospitalisation à l'Hôpital de Villeneuve Saint-Georges : anémie aiguë évidente.
Numération : G.R. 2.000.000.

L'hémorragie semblé tarie et après transfusion : G.R. 4.000.000.

Le 12 janvier : reprise de l'hémorragie et transfert dans le service.

Examen à l'arrivée dans le Service le 12 - I - 59 :

Pâleur, dyspnée, obnubilation.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Pouls : 130 - T.A. : 9-6

Numération : G.R. : 3.620.000 - G.B. : 11.400

Antécédents :

Syndrome ulcéreux assez typique depuis 6 ans. Mais jamais d'examen radiologique.

Traitement :

Deux flacons de sang (1.000 ml).

La tension remonte à 11,5-7, le pouls se ralentit à 110, mais nouveau méloena.

Une Radio d'urgence :

est alors pratiquée : ulcère du bulbe évident.

C.R.O. en urgence le 12.I.59 :

Ulcère scléreux du bord supérieur de D_I très adhérent au pédicule hépatique, libéré sans incident.

Section du duodénum juste en aval de l'ulcère ; fermeture en 3 plans.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

A reçu :

-750 ml de sang sur table au début de l'intervention.

-500 ml pendant l'intervention.

Suites opératoires :

Aucun incident, mais persistance d'une anémie : G.R. : 3.280.000. G.B. : 11.000, témoignant d'une réanimation insuffisante (2.250 ml).

°°

Obs. 2 :

BER... Philippe - Homme - 60 ans.

Transféré dans le Service le 8.I.59 pour hématomésés récidivantes.

Début de l'accident :

Le 4.I.59 : vomissement de sang et de débris alimentaires.

Le 5.I.59 : Hématémèse avec tendance lipothymique entraînant l'hospitalisation en Médecine à Saint-Antoine, dans la nuit du 5 au 6 Janvier.

Examen à l'arrivée le 6.I.59 :

Ne vomit plus, mais asthénie, pâleur, soif.

T.A. : 10,5-5 - Pouls : 84

Examen de l'abdomen : foie débordant de 2 travers de doigt, mais pas d'ascite, pas de splénomégalie, pas de circulation collatérale.

Numération : G.R. : 1.700.000 - G.B. : 10.400.

Antécédents :

Depuis le 23.XII.58 :

- Vomissements alimentaires post-prandiaux,
- Selles noires, diarrhéiques.

Aucun autre antécédent digestif.

Evolution :

Le 7.I.59 à 11 h 45 : syncope suivie d'une hématémèse évaluée à plus de 1 litre.

T.A. : 8,5-4,5

Transféré dans le Service le 8.I.59 :

Asthénie profonde, pâleur, mais T.A. : 12-6, pouls : 86.

Examen radiologique le 8.I.59 :

Pas de varices oesophagiennes

Estomac normal,
Bulbe non injecté sur tous les clichés.

Le 9.I.59 à 9 H :

Tendance syncopale. Hématémèse massive.

T.A. : Maxima à 5 - pouls imprenable.

L'intervention est décidée, précédée d'une transfusion rapide de 2.000 ml de sang sur table qui fait remonter la T.A. de 5 de maxima à 8-5.

C.R.O. en urgence le 9.I.59 : Ulcère duodénal hémorragique.

Il existe d'une part un ulcère du bord supérieur du bulbe infiltrant le pédicule hépatique, d'autre part un "Kissing-Ulcere" perforé dans le pancréas et ayant érodé la gastro-duodénale que l'on voit saigner en jet après duodénotomie antérieure : 2 points de nylon en X sur la gastro-duodénale font l'hémostase. Libération du duodénum et section en aval des ulcères, en laissant en place le fond de l'ulcère postérieur.

Dès lors gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer banale.

T.A. en fin d'intervention : 13-7 - Pouls à 90.

Suites opératoires :

Troublées dès le lendemain par un foyer pulmonaire entraînant dyspnée et toux.

Reçoit 500 ml de sang le 10 et le 11 janvier.

Numération le 12 janvier : G.R. : 3.920.000
G.B. : 19.200

Protides : 66 g/l, Urée : 0,45 g. Glycémie : 1,20g.

Le 12.I.59 : Eviscération

Réfection de la paroi en un plan de nylon sur bourdonnet.

Du 13 au 20 janvier :

Evolution sans incident

Le 20 janvier :

Ecoulement de matière par l'incision médiane : on pense qu'il s'agit d'une fistule colique.

Le 28 janvier :

A l'ablation des bourdonnets, on s'aperçoit qu'il s'agit en fait d'une fistule du grêle.

La réintervention est décidée après préparation intensive.

C.R.O. le 6 Février :

Double résection du grêle.

Suites opératoires :

Catastrophiques malgré la réanimation intensive. Cachexie extraordinairement rapide et mort dans le coma à la 48ème heure.

° ° °

Obs. 3 :

CHO... Akli - Homme de 61 ans.

Transféré dans le Service le 1er juillet 1957 pour hématomésés récidivantes.

Début de l'accident :

Le 25 juin 1957 : hématomésé survenue au cours du travail.

Le 28 juin 1957 : nouvelle hématémèse entraînant son hospitalisation en Médecine à l'Hôpital Saint-Antoine.

Examen à l'entrée le 28 juin 1957 :

Tableau clinique de grande anémie, avec cependant une T.A. à 11-7, un pouls à 100.

Examen de l'abdomen : R.A.S. Pas de signes d'hypertension portale.

Numération : G.R. : 1.650.000 - G.B.:22.100.

Antécédents :

Quelques douleurs post-prandiales sans rythme précis.

Consommation régulière d'alcool (vin - café arrosé), mais pas de signes cliniques d'éthylisme.

Aurait eu de temps en temps depuis un an des selles noires.

Gros amaigrissement depuis 1 mois.

Traitement :

- Reçoit 250 ml de sang à l'entrée.

- Pas de nouvelle hémorragie dans les jours suivants - T.A. : 12-8 - Pouls : 100.

Mais le 1er juillet : G.R. : 1.310.000

G.B. : 12.300 - Hémoglobine : 30 % .

Reçoit alors 500 ml de sang.

Examen radiographique le I.VII.59 :

Ulcère duodénal certain.

Transfert dans le Service le I.VII.59 :

L'intervention proposée est refusée par le malade qui quitte le service.

Le 3.VII.59 :

Une reprise hémorragique a été rapidement mortelle chez ce malade dont l'anémie consi-

dérable n'avait pas été corrigée.

°°°

Obs. 4 :

COU... Désiré - Homme - 52 ans.

Transféré dans le Service le 20.9.57 pour
Hématémèses récidivantes.

Début de l'accident :

Grande hématomèse suivie de méloena le
14.9.57, entraînant l'hospitalisation d'ur-
gence à 20 H en Médecine.

Examen à l'arrivée :

Tableau clinique de grande anémie.

T.A. : 8-6 - Pouls : 120.

Examen de l'abdomen : gros foie débordant
de trois travers de doigt, mais pas d'ascite,
pas de splénomégalie, pas de circulation
collatérale.

Numération d'urgence : 1.200.000.

Antécédents :

1° Douleurs épigastriques survenant irrégulièrement environ 3 h après les repas, mais sans périodicité nette, douleurs assez intenses depuis 6 mois.

Des hémorragies sont survenues au moment de périodes douloureuses en mars 1957, en Juin 57 et enfin en septembre, entraînant l'hospitalisation actuelle.

2° Ethylisme avoué : 10 apéritifs par jour.

3° Altération de l'état général : amaigrissement de 15 kg en 6 mois.

Evolution :

Reçoit à l'arrivée 2.000 ml de sang.
Pas de nouveau saignement.

Le 16.9.57 :

Numération : G.R. : 3.090.000 - G.B.:15.600.

Examen radiologique :

Pas de varices oesophagiennes.

Ulcère post-bulbaire évident.

Les 17, 18 et 19 septembre : Reçoit 500 ml
de sang par jour.

Le 20.9.57 :

Nouvelle hématomèse de grande abondance.
Passage dans le Service pour intervention
d'urgence.

C.R.O. le 20.9.57 en urgence : Ulcère duodénal.

- Médiane sus-ombilicale.

- Très gros foie ; cirrhose hypertrophique
probable.

- Gros ulcère térébrant de la face posté-
rieure de D₁, perforé dans le pancréas. Au
cours de sa libération, l'artère gastro-duo-
dénale ulcérée, oblitérée par un caillot,
se remet à saigner : hémostase par deux
points de nylon.

- Gastrectomie banale type Hoffmeister-
Finsterer.

En fin d'intervention : T.A. : 14-9 -
Pouls ; 110.

A reçu :

Sang préopératoire : 1.000 ml

Sang peropératoire : 500 ml + 1 flacon de
globules déplasmatisés.

Suites opératoires :

Suites relativement simples, mais reste très asthénique.

Reçoit 500 ml de sang par jour pendant 7 jours.

Malgré cela, numération le 28.9.57 :
G.R. : 3.410.000, G.B. : 8.600.

Repasse en Médecine le 14.X.57 :

- Amélioration progressive de l'état général.

- Mais brusquement le 10.XI.57, hématomèse et méloena très abondant.

Transféré dans le Service le 10.XI.57 à 9 h 30.

- Tableau de grande hémorragie.

- T.A. : 8-5 - Pouls : 120.

- Reçoit 3.500 ml de sang entre 9 h 45 et 12 h 50.

- Malgré cela, la T.A. ne dépasse pas 9,5-6 à 11 h 45, puis redescend en se pinçant 8,5-6,5 à 12 h 30.

- La réintervention est décidée.

C.R.O. en urgence le 10.XI.57 à 12 h 50 :
Ulcère peptique hémorragique.

- Reprise de l'incision médiane.

- Il existe sur l'anse efférente un ulcère peptique de 3 cm de diamètre, ayant ulcéré l'arcade colique bordante, mais sans communication avec le côlon.

- Après libération de l'ulcère, hémostase des vaisseaux coliques par suture sur un fragment d'épiploon et suture transversale en un plan de l'ulcère après résection limitée des bords.

- On complète par une double vagotomie rendue très difficile du fait des adhérences de toute la région. Lors de sa libération l'oesophage est ouvert sur sa face postérieure et ne peut être suturé qu'après splénectomie pour pouvoir libérer la grosse tubérosité gastrique, entièrement accolée.

- un drain aspiratif dans la région splénique.

Sang per-opératoire : 500 ml.

Suites opératoires :

Va très bien pendant 3 jours.

Reçoit chaque jour 500 ml de sang.

Numération le 13.XI.57 : G.R. : 4.020.000,
G.B. : 21.000.

Le 14.XI.57 :

Écoulement brutal de sang par l'orifice de drainage de la lère intervention : on pense qu'il s'agit de l'évacuation d'un hématome.

Transfusion de sang : 500 ml.

Le 15.XI.57 :

État satisfaisant : T.A. : 12,5-7

Numération : G.R. : 3.520.000 - G.B. : 19.000

Transfusion de sang : 500 ml.

Le 16.XI.57 :

Vers 21 h 30, écoulement sanglant abondant par le drain. Chute de la T.A. à 9-5. Pouls : 130.

Perfusion de sang : 2,500 l pendant la nuit. Malgré cela, la T.A. après être remontée à 12-8,5 à 6 h du matin, redescend à 11-7 avec accélération du pouls à 120.

Une troisième intervention est décidée.

C.R.O. en urgence le 17.XI.57 à 12 h :
Hématome de la loge splénique.

On repasse par l'ancienne incision.

On découvre 2 l de sang et de caillots dans le ventre, surtout au niveau de la loge splénique. L'origine est une artère diaphragmatique gauche qui saigne en jet.

Suites opératoires :

D'abord favorables, mais décès brutal le 22.XI .57. A la vérification, gros embol du tronc de l'artère pulmonaire droite.

°°°

Obs. 5 :

GES... Cornelis - Homme - 49 ans.

Hospitalisé dans le Service le 11 Mars 1955 pour rectorragies.

Accident :

Le 11.3.56 dans la matinée, lipothymie et rectorragie importante de sang rouge. Une demi-heure après, nouvelle hémorragie et syncope.

Hospitalisation d'urgence dans le Service.

Examen à l'entrée le 11.3.56 :

Tableau clinique d'anémie aiguë.

T.A. : 9,5-5,5 - Pouls : 90.

Examen de l'abdomen : R.A.S. - Pas de signes d'hypertension portale

Numération : G.R. ; 3.400.000 - G.B. : 20.000

Antécédents :

Histoire ulcéreuse typique : crampes épigastriques à double périodicité depuis 8 ans malgré un traitement médicalement correct et régulier. Ulcère duodénal à la radio.

L'hémorragie est survenue au cours d'une poussée.

Evolution :

Pas de nouvelle hémorragie. La T.A. remonte à 14-7. Numération : G.R. : 2.050.000 - G.B. : 12.000.

On décide l'intervention en raison de l'ancienneté des troubles et de leur résistance au traitement médical.

C.R.O. le 12.3.56 :

- Ulcère du bord supérieur du duodénum, juxta-pylorique.
- Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.
- Sang : peropératoire : 500 cc
postopératoire : 500 cc

Suites opératoires :

Sans complication, mais reste très asthénique.

Reçoit trois flacons de sang à raison de 1 tous les 2 jours.

Le 24.3.56 : G.R. : 3.080.000 - G.B. : 8.800.

Une faute de réanimation a été commise chez ce malade dont le déficit globulaire aurait dû être corrigé avant l'intervention.

L'asthénie post-opératoire et l'anémie persistante en témoignent.

Sort le 28.3.56.

Revu en décembre 1957 :

Va parfaitement bien.

Radio de contrôle : R.A.S.

°°°

Obs. 6 :

HOU... Clément - Homme - 67 ans.

Transféré dans le Service le 3.12.54 pour Méloena.

Malade hospitalisé à St-Antoine le 13.11.54.

pour sténose pylorique compliquant un ulcère bulbaire évoluant depuis 1941.

Etat déplorable. Amaigrissement de 10 kg
Déshydratation considérable. T.A. : 9,5-5 -
Pouls : 80.

Grosse imprégnation éthylique.

Pendant l'hospitalisation, méloena abondant.

Le 30.11.54 :

Numération : G.R. : 1.050.000

G.B. : 6.800

Hématocrite : 11 %

Perfusion de 200 ml de sang.

Le 1.12.54 et le 2.12.54 :

Persistance du méloena.

Perfusion de 200 ml de sang le 2.12.54.

Numération : G.R. : 1.150.000

G.B. : 3.600

Le 3.12.54 :

Pas de nouveau saignement.

G.R. : 690.000 - G.B. : 3.200

Le malade est alors transféré dans le Service.

Il reçoit :

Le 3.II.54 : Sang 1500 ml.

Le 4.II.54 : Sang 500 ml

Globules déplasmatisés : 1 flacon.

Le 5.XII.54 :

La T.A. reste à 9-6.

Numération : G.R. : 2.000.000

G.B. : 6.000

Perfusion : 3 flacons de globules déplasmatisés.

Le 6.XII.54 :

Perfusion : 2 flacons de globules.

Malgré cela : Numération : G.R. : 1.670.000

G.B. : 6.600

On décide d'intervenir.

C.R.O. le 7.XII.54 :

Foie d'aspect cirrhotique.

Tube digestif plein de sang.

Ulcère géant de la face postérieure du genu superius perforé dans le pancréas ; dissection très difficile au cours de laquelle sont liées les artères pancréatico-duodénales droites, supérieure et inférieure.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Perfusion per-opératoire :

Sang : 500 ml

Globules déplasmatisés : 2 flacons

T.A. en fin d'intervention : 10,5-6.

Suites opératoires :

Reçoit 500 ml de sang par jour pendant 5 jours.

D'abord favorables mais reste très asthénique.

Un bilan hépatique confirme une insuffisance hépatique importante.

Localement, écoulement d'un peu de liquide pancréatique par l'orifice de drainage.

Finalement, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation de l'état général, malgré la réanimation et l'équilibration hydro-électrolytique, apparition d'une torpeur progressive, puis d'une diarrhée profuse précédant la mort le 29 décembre.

°°°

Obs. 7 :

LEV... Jean - Homme - 46 ans.

Admis d'urgence dans le Service le 14.V.55 pour hématomérose.

Début de l'accident :

Le 8.V.55 : Méloena.

Le 14.V.55: Hématémèse abondante entraînant l'hospitalisation.

Examen à l'arrivée :

Tableau de grande hémorragie.

T.A. : 9,5-6,5 - Pouls : 145.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 1.900.000

G.B. : 10.000

Antécédents :

Syndrome ulcéreux typique depuis 1943, traité depuis 1952.

Evolution :

Reçoit une perfusion de 1.000 ml de sang sans effet sur le pouls et la T.A.

L'intervention d'urgence est décidée.

C.R.O. en urgence le 14.V.55 :

Très gros ulcère duodénal perforé dans le pancréas au pied du pédicule hépatique

Duodénotomie en aval de l'ulcère et libération rétrograde du duodénum en laissant en place le fond de l'ulcère : hémostase de l'artère duodénale ulcérée par 2 fils de part et d'autre de la perforation

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Sang peropératoire : 1.000 ml

T.A. en fin d'intervention : 12-7

Suites opératoires :

Sans incident.

Reçoit 500 ml de sang le 17 mai et le 18 mai.

Sort le 29.V.55.

°°

Obs. 8 :

MAR... Giuseppe - Homme - 59 ans.

Transféré dans le Service le 26.X.57 pour méloena. Avait été hospitalisé d'urgence dans la nuit.

Examen à l'arrivée :

Malade comateux avec une raideur méningée et une paralysie faciale droite, vomissant du sang.

T.A. : 9.5 - Pouls : 120.

Examen de l'abdomen : gros foie débordant de 2 travers de doigt.

Numération : G.R. : 1.590.000

G.B. : 19.200

Antécédents : (Interrogatoire de la famille)

Douleurs post-prandiales depuis plusieurs années, mais des radios auraient été négatives.

Hématémèse en 1949.

Boit 1 à 2 litres de vin par jour.

Evolution :

Reçoit 1 litre de sang : la tension remonte à 11-6 et reste stable.

Un examen radiologique d'urgence est alors pratiqué :

Pas de varices oesophagiennes .

Ulcère du bulbe probable.

Transféré dans le Service à 13 h :

Le malade est toujours comateux, mais ne semble plus saigner. T.A. : 15-8 - Pouls : 120.

A 16 h :

Chute de la T.A. à 11,5-6, pouls à 160.

Une perfusion de sang est installée ; perfusion lente de 1.500 ml.

A 22 h :

Pouls et T.A. imprenables. Exitus.

Vérification :

Gros ulcère bulbaire perforant la gastroduodénale.

Obs. 9 :

NGU... T... H... - Indochinois de 25 ans.

Admis dans le Service pour hématoméose le
28.XII.56.

Début de l'accident :

Le 28.XI.56 à 18 h, lipothymie entraînant
une chute (blessure de l'arcade sourcilière).
Hématémèse de grande abondance.
Hospitalisation immédiate.

Examen à l'entrée le 28.XI.56 :

Grand syndrome hémorragique. Convulsions.
Pouls filant, incomptable. T.A. : Maxima
à 6.
Examen de l'abdomen : R.A.S.
Numération d'urgence : G.R. : 4.000.000 -
G.B. : 13.600.

Antécédents :

Très imprécis : depuis un an, douleurs
épigastriques à type de brûlure, plus ou
moins rythmées par les repas, sans périodici-
té dans l'année, calmées par l'ingestion
d'aliments.

Evolution :

Reçoit à l'arrivée 500 ml. de sang isogroupe.
La T.A. remonte à 9-6 - Pouls à 120.

Le 29.I.56 :

Pas de nouveau saignement. T.A. : 10-6 -
Pouls : 110.

On espère alors chez ce sujet jeune, que
l'hémostase sera durable.

Le 30.XI.56 :

Pas de nouvelle hémorragie.

T.A. = 11-7 - Pouls : 100.

Numération : G.R. : 2.860.000

G.B. : 6.000

Urée : 1 g

Reçoit : 500 ml de sang dans la matinée.

Le I.XII.56 :

Nouvelle hématomèse à 7 h 30 du matin.

T.A. : 7,5-5 - Pouls : 120.

Numération : G.R. : 2.460.000

G.B. : 7.200

Reçoit 500 ml de sang. L'intervention est décidée.

C.R.O. en urgence le I.XII.56 à 11 h :

Enorme ulcère duodénal perforé dans le pancréas.

Libération difficile au cours de laquelle l'ulcère est ouvert : on voit au fond de l'ulcère la gastro-duodénale ouverte, oblitérée par un caillot.

Au cours de la libération saignement en jet : hémostase par 2 points en X.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer banale.

Sang peropératoire : 1.500 ml passés rapidement en début d'intervention.

Suites opératoires :

Simples.

Reçoit 500 ml de sang le 2.XII.56.

Le 6.XII.56 : Numération : G.R. : 3.170.00
G.B. : 10.400

Sort le 17.XII.56.

Obs. 10 :

RAG... Franco.

Transféré dans le Service le 3.3.59 pour méloena.

Accident :

Méloena persistant depuis 6 jours environ ayant abouti à une anémie sévère qui fait décider l'hospitalisation.

Examen à l'entrée le 2.3.59 :

Grande anémie. Asthénie considérable, obnubilation.

T.A. : 11,5-6 - Pouls : 100.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R.: 1.010.000 - G.B.: 10.200

Reçoit 500 ml de sang.

Transféré dans le Service le 3.3.59 :

Même état, mais ne semble pas avoir saigné depuis la veille.

Numération : G.R. : 1.150.000

G.B. : 19.400

Hématocrite : 8 %

Urée sanguine : 0,50 g

Etude de la masse sanguine par Cr 51 :

Volume sanguin total : 4.250 ml

(Normal : 5.650)

Volume plasmatique total : 3.950 ml

(Normal : 3.450)

Volume globulaire total : 300 ml

(Normal : 2.200)

Reçoit 4 flacons de globules déplasmatisés (600 ml de globules).

Le 4.3.59 :

Disparition de l'obnubilation, mais reste asthénique.

T.A. : 11-6 - Pouls : 90.

Masse sanguine :

Volume sanguin total : 6.050 ml
(Normal : 5.650)

Volume plasmatique total : 5.200 ml
(Normal : 3.450)

Volume globulaire total : 850 ml
(Normal : 2.200)

Hématocrite : 16 %

Reçoit 3 flacons de globules
déplasmatisés (450 ml de globules).

Le 5.3.59 :

Excellent état général.

T.A. : 10,5-6 - Pouls : 80

Numération : G.R. : 3.220.000

G.B. : 14.200

Deux flacons de globules déplasmatisés
(300 ml de globules).

Le 6.3.59 :

Reçoit encore un flacon de globules
(150 ml).

Masse sanguine :

Volume sanguin total : 6.700 ml
(Normal : 5.650)

Volume plasmatique total : 4.900 ml
(Normal : 3.450)

Volume globulaire total : 1.800 ml
(Normal : 2.200)

Hématocrite : 31 %.

Le 8.3.59 :

Reçoit un dernier flacon de globules
(Dix flacons de globules au total).

Le 9.3.59 :

Excellent état général:

T.A. : 11-6 - Pouls ; 80

Numération : G.R. : 4.540.000

G.B. : 8.400

C.R.O. le 13.3.59 à 10 h :

Ulcère de la face postérieure du duodénum perforé dans le pancréas.

Libération difficile et hémorragique.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Perte sanguine de 700 ml qui ne sera compensée qu'avec retard par 2 flacons de sang.

Suites opératoires :

Apparition d'un état de choc que l'on pense lié au retard apporté dans la compensation de la perte sanguine peropératoire.

Une perfusion de sang est rétablie ; la tension se maintient à 12, mais tombe dès qu'on ralentit le rythme.

Le 14.3.59 :

Malgré l'absence d'écoulement sanglant par le drain et l'absence de sang dans le liquide d'aspiration gastrique, force est de conclure à un saignement persistant, car le malade a reçu depuis l'intervention 7 l de sang.

Réintervention le 14.3.59 à 16 h. :

On trouve un épanchement de 7 l de sang dans le péritoine, coagulé dans l'étage sus-mésocolique, d'où l'absence d'écoulement par le drain, liquide dans l'étage sous-mésocolique.

L'origine de l'épanchement est un petit vaisseau de la face postérieure de l'estomac au voisinage de la coronaire stomachique.

Suites opératoires :

Simples, sans choc, sans accidents rénaux, sans perturbation ionique.

°°°

Obs. 11 :

SAU... Pierre - Homme - 45 ans.

Transféré dans le Service le 24.I.58 : Hémorragie persistante.

Début de l'accident :

Le 17.I.58 : Méloena dans la matinée. Nouveau méloena le soir. Hospitalisation dans la nuit à l'Hôpital St-Antoine.

Examen à l'entrée le 18.I.58 :

Malade pâle mais non choqué.

T.A. : 9,5-6,5 - Pouls : 100.

Examen de l'abdomen : R.A.S.. Pas de signes d'hypertension portale.

Numération d'urgence : G.R. : 2.800.000.

Antécédents :

Syndrome ulcéreux typique depuis 1945, l'accident survenant au 10ème jour d'une crise.

N'a jamais eu d'examen radiologique.

Evolution :

Nouveau méloena dans la nuit.
Reçoit 300 ml de sang.
La T.A. remonte à 15-7.

Le 19.I.58 :

Pas de nouveau saignement.
T.A. : 12-7 - Pouls : 80.
Numération : G.R. : 2.300.000
 G.B. : 8.000
Sang : 300 ml

Examen radiologique :

Gros ulcère bulbaire.

Le 20.I.58 :

Pas de nouveau saignement ainsi que les 2
jours suivants.
Sang : 300 ml par jour.

Le 23.I.58 :

Méloena.
T.A. : 12-7
Sang : 500 ml. Sang déplasmatisé : 1 fla-
con.

Le 24.I.58 :

Pas de nouveau méloena extériorisé mais
T.A. : 10-6. Pouls : 100.
L'intervention est décidée après perfusion
de : sang : 500 ml.
 sang déplasmatisé : 1 flacon.

C.R.O. le 24.I.58 :

Gros ulcère du bulbe hémorragique perforé
dans le pancréas.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer
Sang peropératoire : 500 ml.

Suites opératoires :

Simples.

Le 27.I.58 : G.R. : 4.180.000
G.B. : 7.000

Sort le 7.2.58 :

°°

Obs. 12 :

SME... Arthur - Homme - 46 ans.

Transféré dans le service le 22-10-58 pour
méloena persistant.

Début de l'accident :

Le 9.X.58, douleur épigastrique violente
et tendance lipothymique.

Le 10.X.58, extériorisation d'un méloena
et température à 39. Traité en ville.

Le 16.X.58 devant la persistance du mé-
loena hospitalisation en Médecine à l'Hôpi-
tal St-Antoine.

Examen à l'entrée le 16.X.58 :

Pâleur impressionnante, mais T.A. : 13-8.
Pouls 96.

Examen de l'abdomen : R.A.S. Pas de signes
d'hypertension portale.

Numération d'urgence : G.R. : 1.400.000.
Urée : 0,20.

Antécédents :

Syndrome ulcéreux typique depuis 15 ans.

Un examen radiologique en 1946 aurait montré un ulcère du bulbe.

Evolution :

Reçoit 500 ml de sang à l'entrée, ainsi que les trois jours suivants (2.000 ml au total).

Le 21.X.58 : persistance du méloena.

T.A. : 10-6.

Numération : G.R. : 2.380.000

G.B. : 6.300

Un examen radiologique confirme l'ulcère :
Niche médio-bulbaire.

Reçoit 750 ml de sang.

Passage dans le Service le 22-10-58 :

C.R.O. le 23.X.58 :

Gros ulcère de la face postérieure du bulbe perforé dans le pancréas au niveau de la gastroduodénale.

Dissection difficile de l'ulcère dont le fond est laissé en place. Ligature de la gastroduodénale .

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer banale.

Sang peropératoire : 1.000 ml.

Suites opératoires :

Très simples. Reçoit les 3 premiers jours 500 ml de sang par jour.

Repasse en Médecine le 17.11.58.

Revu le 19.I.59 :

Excellent état général.

Reprise de poids.
Pas de troubles digestifs.

°°

Obs. 13 :

SUC... Gabriel - Homme - 68 ans.

Transféré d'urgence dans le Service pour
Méloena et Hématémèses récidivantes le 9
décembre 1958.

Accident hémorragique :

Survenu chez un malade hospitalisé en
Médecine à l'Hôpital Saint-Antoine pour une
sténose pylorique.

Ulcère du bulbe évoluant depuis 1935
aboutissant à une sténose qui entraîne son
hospitalisation le 3 décembre 1958 après un
amaigrissement de 10 kg en 1 mois et demi.

Le 5 décembre : Petite hématémèse de sang
noir. T.A. : 11-6.

Numération : G.R. : 4.280.000 - G.B. : 9.900
Urée : 1,15 g.

Le 7 décembre : Méloena abondant et héma-
témèse - T.A. : 8-4.

Numération : G.R. : 2.330.000 - G.B. : 10.200.
Hématocrite : 19.

Reçoit : 500 cc de sang.

Le 9 décembre : Pas de nouveau saignement
extériorisé, mais :

- Asthénie et pâleur considérables.
- T.A. : 9-5
- Numération : G.R. : 1.830.000
G.B. : 14.700
- Urée : 0,85 %

Transféré d'urgence dans le service le 9.I2.
58-

C.R.O. en urgence :

Grande incision para-médiane droite.

Cicatrice d'un ulcère antérieur du bulbe,
mais surtout gros ulcère perforé dans le
pancréas en arrière.

Pendant la libération duodénale la cause
de l'hémorragie est reconnue : ulcération
de l'artère gastroduodénale qui est aveuglée
par deux points en X.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer
banale.

A reçu :

- 1 flacon de 500 ml de sang sur table
avant l'anesthésie (la T.A. remonte à 11-6).

- 2 flacons de globules déplasmatisés et
1 flacon de 500 ml de sang peropératoire
(T.A. en fin d'intervention 14-9).

Suites opératoires :

Très simples.

Le lendemain :

T.A. : 12-6 - G.R. : 3.780.000

G.B. : 10.600

Reçoit un flacon de 500 ml de sang ainsi
que pendant les 3 jours suivants.

Sort le 27.XII.58 :

Revu le 28 février 1959 :

Va parfaitement bien.

II.- ULCERES GASTRIQUES

Obs. 14 :

BAY... Roger - Homme - 49 ans.

Admis dans le Service le 6.2.56 pour méloena

Accident hémorragique :

Selles noires et pâteuses, pâleur et asthénie depuis le 2.2.56.

Examen à l'arrivée (7.2.56 à 19 h) :

Anémie considérable.

T.A. : 10-6 - Pouls : 120.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération G.R. : 1.800.000

G.B. : 21.400

Antécédents :

Syndrome ulcéreux depuis 1953.

Image radiologique suspecte de la P.C. en 1954.

Evolution :

Reçoit 500 ml de sang à l'entrée.

Le 7.2.56 :

Pas de nouveau saignement.

T.A. : 12-7 - Pouls : 100.

Numération : G.R. : 2.490.000

G.B. : 17.200

Reçoit 4 flacons de sang entre le 7.2.56 et le 9.2.56 (2.000 ml.)

Le 10.2.56 à 3 h du matin :

Chute de la T.A. à 9-6 suivie de méloena
Sang : 2 flacons : 1.000 ml.

C.R.O. en urgence le 11.2.56 :

Double ulcère, l'un à la face postérieure du bulbe perforé dans le pancréas, l'autre sur la petite courbure prépylorique : c'est ce dernier qui saigne.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Sang peropératoire : 1.500 ml.

Suites opératoires :

Simples.

Reçoit 500 ml de sang les 12, 13 et 14.2. 56.

°°

Obs. 15 :

DOU... Paul - Homme - 55 ans.

Hospitalisé dans le Service le 12.4.56 pour hématomèse.

Accident hémorragique :

Hématomèse brutale entraînant l'hospitalisation.

Examen à l'arrivée :

Grand syndrome anémique.

T.A. : 8-5 - Pouls : 130

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 1.740.000

G.B. : 22.200

Antécédents :

Douleurs épigastriques post-prandiales quotidiennes depuis 1 mois.

Enorme ulcère de la P.C. verticale à la radio.

Evolution :

Reçoit : 500 ml de sang.

Le 13.4.56 :

Pas de nouveau saignement

T.A. stabilisée aux environs de 12-7.

Pouls : 90

Numération : G.R. : 1.460.000

G.B. : 11.800

Sang : 500 ml

Le 14.4.56 :

Même état.

Numération : G.R. : 1.220.000

G.B. : 11.600

Sang : 500 ml.

Dans la nuit du 14 au 15.4.56 :

Nouvelle hématémèse suivie de méloena.

T.A. : 8-5 - Pouls : 110.

Numération : G.R. : 1.300.000.

Reçoit 1.000 ml de sang.

C.R.O. en urgence le 15.4.56 :

Ulcère perforé bouché dans le pancréas
ayant ulcéré une branche de l'artère coronaire.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer

T.A. en fin d'intervention : 12-8.

Perfusion peropératoire :

- Sang : 500 ml

- globules déplasmatisés : 3 flacons.

Suites opératoires :

Sans incident. Recoit 500 ml de sang les
15 et 16.4.56.

Sort le 27.4.56.

Revu le 17.11.58 : R.A.S.

° °

Obs. 16 :

DUS... Desiré - Homme - 47 ans.

Hospitalisé dans le Service le 15.7.55 pour
hématémèse.

Accident hémorragique :

Le 13.7.55 : hématémèse suivie de méloena.

Le 15.7.55 : nouvelle hématémèse et hospitalisation.

Examen à l'arrivée (15.7.55 à 19 h) :

Tableau de grande anémie.

T.A. : 12-7 (Normalement hypertendu à 18)

Pouls : 70.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 2.890.000

G.B. : 8.200

Evolution :

Perfusion lente de 500 ml de sang

Le 16.7.56 à 10 h nouvelle hématémèse avec
chute de la T.A. à 9-6.

Reçoit 2 flacons de sang : 1 litre.

Examen radiologique d'urgence :

Ulcère prépylorique.

C.R.O. en urgence le 16.7.56 :

Gros ulcère de la partie basse de la P.C.
Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Sang peropératoire : 2 flacons (1.000 ml).

Suites opératoires :

On s'aperçoit qu'une erreur de groupe a été
commise pendant l'intervention.

Exsanguino-transfusion le 17.7.56 à 3 h.

Transfert dans le Service du Professeur
Hamburger à Necker le 18.7.56 en anurie qui
devait être mortelle.

°°

Obs. 17

FEV... Fernand - Homme - 73 ans

Hospitalisé dans le Service le 17.10.58
pour hématomèse.

Accident hémorragique :

Hématomèse brutale entraînant l'hospitali-
sation.

Examen à l'arrivée :

Pâleur, obnubilation.

T.A. : 7,5-5 - Pouls : 84

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 2.400.000

G.B. : 10.400

Antécédents :

Ulcère connu depuis 2 ans.

Perforation traitée médicalement en mai 58

Evolution :

Une perfusion de sang reste sans effet sur la T.A. et les hématomèses se reproduisent .

L'intervention est décidée après perfusion de 1.500 ml de sang.

C.R.O. en urgence le 17.10.58 :

Enorme ulcère prépylorique perforé dans le lobe gauche du foie.

Libération difficile.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Sang per-opératoire : 1.000 ml.

Suites opératoires :

Simple. Reçoit 500 ml de sang.

Revu le 19.1.59 : R.A.S.

°°°

Obs. 18 :

LAF... Théophile - Homme - 54 ans.

Hospitalisé dans le service le 24.1.58 pour fracture cervico-trochanterienne.

Le 29.1.58 : enclouage de la fracture.

Le 3.2. 58 : Hématémèse.

Chute de la tension de 13-9 à 10-6.

Numération : G.R. : 2.420.000

G.B. : 18.600

L'interrogatoire retrouve des antécédents de crampes et de ballonnements post-prandiaux sans périodicité nette.

On installe une transfusion lente qui est sans effet sur la T.A..

Nouvelle hématomèse dans la soirée.

L'intervention est décidée après perfusion de 1 litre de sang.

C.R.O. en urgence le 3.2. 58 :

Ulcère de la partie haute de la P.C.

Gastrectomie en gouttière.

Reçoit 1 litre 500 de sang per et post-opératoire.

Suites simples.

°°°

Obs. 19 :

RAB... Charles - Homme - 53 ans.

Transféré dans le Service le 11.3.58 pour ulcère sous-cardiaque hémorragique.

Avait été hospitalisé à St-Antoine le 2.2.58 pour syndrome douloureux épigastrique.

Examen radiologique :

Niche géante de la portion sous-cardiaque de la petite courbure.

On note par ailleurs des antécédents

- vasculaires très chargés :
 - infarctus du myocarde ancien.
 - hémiplegie droite en 1956, dont il reste des séquelles.
 - syndrome de Leriche.
- pulmonaires : tuberculose ancienne.

Traitement médical par :

- Bromatropine
- Oxyferriscorbone.

Le 2.3.58 :

Méloena suivi d'une hématurie de sang rouge.
T.A. imprégnable. Pouls rapide, petit, filant.

Numération : G.R. : 3.270.000

G.B. : 9.300

Traitement : Sang : 1 litre
globules déplasmatisés: 1 flacon.

La T.A. remonte à 10,5-7 - Pouls 90 .

Le 3.3.58 :

Ne semble plus saigner.

Reçoit 300 ml de sang, ainsi que les 2 jours suivants.

Le 10.3.58 :

Nouvelle hémorragie.

A 10 h, malade obnubilé, somnolent.

T.A. : 7-4

Numération : G.R. : 1.542.000

G.B. : 22.200

Transféré dans le Service :

Perfusion de 1 litre de sang et 1 flacon de globules déplasmatisés pour remonter la T.A. à 9 et intervenir.

C.R.O. le 10.3.58 en urgence à 18 h :

Gastrectomie polaire supérieure par voie thoracique.

Estomac et intestin remplis de caillots.
Enorme ulcère perforé dans la région coelia-

que et le pancréas.

Perfusion de sang :

- peropératoire : sang : 500 ml
globules déplasmatisés : 2 flacons.
- postopératoire : Sang : 1 litre.

Suites opératoires :

Assez satisfaisantes au début.

Le 12.3.58 : ablation du drain pleural.

Le 13.5.58 : Ponction pleurale : 270 cm³ de liquide citrin.

Mais le 14 : dyspnée ++. Opacités pulmonaires bilatérales. Obnubilation.

Malgré le traitement, accentuation des troubles et mort le 16.3.58.

Vérification :

Anastomose oesophago-gastrique : R.A.S.

Infarcissement pulmonaire bilatéral.

Pleurésie gauche.

Hémorragie méningée.

°°

Obs. 20 :

RAD... Michel - Homme - 57 ans.

Transféré dans le Service le 22.12.58 pour méloena persistant.

Il s'agit d'un malade traité pour une leucémie myéloïde depuis 1956 par le Misulban.

Le 7.XII.58 :

Méloena qui persiste dans les jours suivants sans aucune douleur abdominale.

Reçoit 1.000 ml de sang et est hospitalisé
le 11.XII.58 à Saint-Antoine.

Examen à l'entrée :

Pâle mais T.A. à 12-8 - Pouls : 100.

Examen de l'abdomen : R.A.S. (Foie et rate
normaux).

Pas de syndrome hémorragique.

Numération : G.R. : 3.180.000

G.B. : 116.000

Hématocrite : 37 %

Mesure de la masse sanguine :

Volume sanguin total : 3.000 ml

normal : 5.250 ml

Volume globulaire total : 950 ml

normal : 2050 ml

Volume plasmatique total : 2.050 ml

normal : 3.200 ml

Examen radiologique :

Niche de la P.C. prépylorique.

Evolution :

Pas de saignement dans les jours suivants.

Amélioration progressive de l'état général.

Transféré dans le Service le 22.I2.58 pour
intervention :

Numération : G.R. : 3.800.000

G.B. : 33.000

C.R.O. le 23.I2.58 :

Ulcère prépylorique.

Gastrectomie type Hoffmeister-Finsterer.

Reçoit 500 ml de sang pendant l'opération
et 500 après.

Suites opératoires :

Très simples.

Transfusion de 500 ml le 24.12.58.

Quitte le Service le 31.12.58.

°°°

Obs. 21 :

SER... Marie - Femme - 72 ans.

Hospitalisée dans le Service le 31.7.58 pour
mélœna.

Examen à l'entrée :

Grande anémie avec obnubilation de la conscience.

Très mauvais état général.

T.A. : 12-4

Examen de l'abdomen : gros foie débordant de
4 travers de doigt, mais pas de rate, pas
d'ascite, pas de circulation collatérale.

Numération : G.R. : 1.900.000

Hématocrite : 14 %.

Antécédents :

Anorexie depuis un an.

Evolution :

Pas de saignement abondant, mais persistance de selles noires.

Reçoit tous les jours entre le 1er et le
6 août un flacon de sang déplasmatisé.

Hématocrite : 34 %, le 9.8.58.

Examen radiologique le 9.8.58 :

Pas de varices oesophagiennes.

Image d'ulcère de la P.C. verticale.

La malade sort alors sur sa demande.

Revient le 4.9.58 :

Pour asthénie, vertiges, persistance du méloena.

T.A. : 15-7 - Pouls : 72.

Hématocrite : 21 %

Refuse l'intervention qui est alors proposée.

Transfusion de 500 ml de sang.

Le 10.9.58 :

Dans la soirée, douleur abdominale aiguë : l'intervention d'urgence est refusée.

Le 11.9.58 :

Etat comateux.

C.R.O. le 11.9.58 :

Foie de cirrhose.

Liquide louche dans le ventre.

Ulcère perforé de l'angle de la P.C. qui en raison de l'état général déplorable, est simplement suturée.

A reçu : 500 ml de sang préopératoire

1 litre peropératoire

1 litre postopératoire.

le 12.9.58 :

Malade consciente.

T.A. : 12-6 - Pouls : 100.

Numération : G.R. : 3.650.000
G.B. : 23.600

Reçoit 500 ml de sang ainsi que les deux jours suivants.

Quitte le Service le 27.9.58.

Le 7.10.58 :

Dix jours après avoir quitté le Service : douleur abdominale violente dont l'origine sera découverte à la vérification : nouvelle perforation gastrique.

°°

III.- ULCERES GASTRIQUES AIGUS.

Obs. 22 :

BAR... Gabriel - Homme - 51 ans.

Transféré dans le Service le 15.4.58 pour hématemèses récidivantes.

Début de l'accident :

Depuis les derniers jours de mars 58, vertiges, lipothymies aux changements de positions, pâleur.

Numération faite en ville :

G.R. : 2.680.000

G.B. : 9.040

Hospitalisation.

Examen à l'arrivée le 1.4.58 :

Pâleur impressionnante.

T.A. : 12-8 - Pouls : 100.

Gros foie sensible débordant de 3 travers
de doigt.

Numération : G.R. : 1.700.000

G.B. : 12.800

Antécédents :

Aucun passé digestif.

Avoue boire 1 litre 1/4 de vin par jour.

Evolution :

Du 1er avril au 12 avril, le méloena persiste,
mais la T.A. reste à 13-8.

Le malade reçoit durant cette période de 12
jours 15 flacons de sang de 500 ml.

Des radios ont été faites le 4 avril et le
11 avril : Estomac normal.

La numération est remontée à :

G.R. : 3.700.000

G.B. : 11.000

Le 13.4.58, dans la soirée :

Brûlure gastrique suivie d'un vomissement
sanguinant.

Le 14.4.58 :

Hématémèse de sang pur.

T.A. : 9-6 - Pouls : 120.

Numération : G.R. : 2.100.000

G.B. : 11.400

Reçoit un flacon de 500 ml de sang.

Transféré dans le Service le 14.4.58 pour inter-
vention.

Reçoit dans la nuit 6 flacons de sang (3 litres)
malgré lesquels la T.A. reste à 10-6,5 -
Pouls : 110.

C.R.O. le 15.4.58 :

Incision ombilico-sous-costale gauche.
Foie hypertrophié. Rate normale.
Palpation de l'estomac et du duodénum négative.

Gastrotomie : Sur la face postérieure du corps de l'estomac, au-dessous du cardia, deux petites ulcérations muqueuses irrégulières qui saignent au frottement d'une compresse. Hémostase par des points de catgut en X.

Reçoit 500 ml de sang peropératoire.

Suites opératoires :

Le 16.4.58 : T.A. : 14-9 - Pouls : 90.
G.R. : 3.610.000
G.B. : 15.800

Le 17.4.58 : évacuation d'une selle noire, puis selles normalement colorées dans les jours suivants.

Reçoit encore 500 ml de sang tous les 2 jours jusqu'au 25 avril.

Le 30.4.58 : G.R. : 4.200.000
G.B. : 11.000

Le 6.5.58 :

Nouvelles radios gastriques : R.A.S.

Quitte l'hôpital sans avoir saigné depuis l'intervention.

Revu le 15.9.58 et le 2.3.59 :

Va très bien. N'a plus jamais saigné.

Obs. 23 :

BEL... Madeleine - Femme - 43 ans.

Transférée dans le Service le 8.12.57 pour
hématémèses récidivantes.

Début de l'accident :

Le 3.12.57 :

- Tendance lipothymique dans la matinée suivie de méloena.
- A 15 h, syncope suivie d'hématémèse.
- Nouvelle hématémèse à 22 h.

Le 4.12.57 :

Nouvelle hématémèse à 13 h.

Hospitalisation le 5.12.57.

Examen à l'entrée le 5.12.57 :

Pâleur considérable, asthénie, mais pas d'état de choc.

T.A. : 11-7 - Pouls : 114.

Examen de l'abdomen : Sensibilité épigastrique à la palpation profonde.

Numération : G.R. : 2.500.000

G.B. : 15.000

Antécédents :

Douleurs épigastriques par crises de 4 à 5 jours, non rythmées par les repas depuis 1950. Une cholécystographie a été négative. N'a jamais eu de Radiographies gastriques.

Evolution :

Reçoit le 5, le 6 et le 7.12.59 300 ml de sang chaque jour.

Le 8.12.57

Nouvelle hématoméso.

La malade est transférée dans le Service.

Examen à l'arrivée dans le Service le 8.12.57
à 22 h :

Grand syndrome hémorragique.

T.A. : 9-5 - Pouls : 110.

Numération en urgence : G.R. : 1.300.000

Reçoit dans la nuit 1.500 ml de sang.

Le 9.12.57 :

Amélioration de l'état général.

T.A. : 12-6 - Pouls : 100

On profite de cette amélioration pour
pratiquer l'examen radiologique :

-- Pas de varices œsophagiennes,

-- Pas de lésion gastrique ou duodénale
visible.

Numération sanguine : G.R. : 2.150.000

G.B. : 10.800

Hématocrite : 24 %

Etude de la masse sanguine par Cr 51 :

Volume sanguin total : 2.900 ml

(normal : 3.750 ml)

Volume plasmatique total : 2.300 ml

(normal : 2.350)

Volume globulaire total : 600 ml

(normal : 1.400)

A 16 h :

Hypothymie

T.A. : 11,5-5 - Pouls : 130.

On décide d'intervenir d'urgence.

G.R.O. le 9.12.57 en urgence :

Médiane sus-ombilicale.

Aucune lésion palpable sur l'estomac ou
le duodénum.

Gastrotomie sur la face antérieure de l'estomac. Evacuation de nombreux caillots.

Il existe une zone ulcérée de 8 mm de diamètre à la partie basse de la face postérieure de l'estomac avec une petite artère qui saigne en jet.

Hémostase du vaisseau et suture de la zone ulcérée.

Fermeture de la gastrotomie en deux plans.

A reçu en début d'intervention : 2 flacons de sang (1.000 ml) et 1 flacon de globules déplasmatisés (150 ml de globules).

T.A. : 12-7 en fin d'intervention.

Suites opératoires très simples :

Reçoit encore 500 ml de sang le 10 et le 11.12.57.

Le 12.12.57 :

Numération sanguine :

G.R. : 3.670.000

G.B. : 7.200

Hématocrite : 40 %

Masse sanguine (Cr. 51)

Volume sanguin total : 3.600 ml

(normal : 3.750)

Volume plasmatique total : 2350 ml

(normal : 2.350)

Volume globulaire total : 1250 ml

(normal : 1400)

Repasse en Médecine le 18.12.57.

Revue le 10.3.58 :

Va très bien.

N'a plus aucune douleur. Pas de nouvelle hémorragie.

Examen radiologique : Estomac normal.

Revue le 8.9.58 :

Etat clinique toujours excellent, mais
nouvel examen radiologique :

Petit accrochage de la baryte au 1/3 moyen
du versant postérieur de la petite courbure,
trop discret pour que l'on puisse conclure à
l'existence d'une lésion organique.

° °

Obs. 24 :

DEM... Roger - Homme - 43 ans.

Hospitalisé le 6.2.58 pour Hématémèse et
méloena.

Début de l'accident :

Dans la nuit du 4 au 5.2.58 : Hématémèse
suivie de méloena.

Le 5.2.58 : nouvelle hématémèse et hospi-
talisation.

Hospitalisé le 6.2.58 à 0 h 30 dans le Ser-
vice.

Examen à l'entrée :

Grande anémie.

T.A. 9-7 - Pouls irrégulier à 120.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 2.180.000

G.B. : 11.000

Antécédents :

Aucun trouble digestif si ce n'est quelques
pituites matinales. Amaigrissement de 10 kg
en 6 mois. Ethylisme ?

Evolution :

Reçoit 1.000 ml de sang en perfusion lente.
Malgré cela, aggravation de l'état, chute progressive de la T.A. à 7-4, pouls imprenable. Nouvelle hématomatose à 9 h.

On décide d'intervenir immédiatement sans pratiquer d'examen radiologique.

C.R.O. en urgence le 6.2.58 :

Foie. Rate : R.A.S.

Estomac extérieurement normal.

Gastrotomie : à la partie haute de la face postérieure de l'estomac, près du cardia, une artériole saigne en jet au niveau d'une petite ulcération muqueuse. Hémostase au catgut.

D'autre part une ragade muqueuse part de l'ulcération et remonte vers le cardia ; une seconde identique existe sur la face antérieure : suture au catgut de ces lésions muqueuses (qui évoquent les lésions du Syndrome de Mallory-Weiss).

Fermeture de la gastrotomie en deux plans.

Sang préopératoire : 1 litre 500 dont un litre passé au Jouvelet au début de l'intervention.

Suites opératoires :

Troublées par un delirium tremens le 8.2.58, mais aucun nouveau saignement.

Sort du service le 19.2.58.

Revu le 6.10.58 :

En excellent état.

Radio gastrique de contrôle normale.

Obs. 25 :

PAC... Georges - Homme - 49 ans ½

Hospitalisé dans le Service le 16.10.57 pour
une hématemèse survenue le matin.

Examen à l'entrée :

Pâle. T.A. : 12-6,5 - Pouls : 120

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 2.220.000

G.B. : 20.500

Antécédents :

Quelques brûlures épigastriques, mais pas
de syndrome ulcéreux vrai.

Ethylisme avoué.

Evolution :

Reçoit deux flacons de sang à l'arrivée.
La T.A., qui baisse légèrement au début,
se stabilise à 11-6.

Examen radiologique d'urgence :

Ulcère du bulbe.

Pas de varices oesophagiennes.

Le 17.10.57 :

Pas de nouvel épisode hémorragique.

Le 18.10.57 :

Baisse de la T.A. à 8-5 avec pouls à 110 à
18 h puis remontée sans traitement à 10-6.

Pouls : 100.

Numération : G.R. : 2.570.000

G.B. 9.000

Le 20.10.57 :

A 15 h : nouvelle hématémèse.
avec T.A. : 9-5 - Pouls : 130
A 18 h : T.A. : 10-5 - Pouls 110.
Numération : G.R. : 1.400.000
 G.B. : 13.400
Reçoit 1 litre de sang.

Le 21.10.57 à 9 h nouveau saignement et intervention d'urgence.

C.R.O. en urgence à 10 h 30 :

Pas d'ulcère duodénal.
Gastrotomie : à la partie haute de la face postérieure du corps gastrique, ulcération muqueuse où une artériole saigne en jet.
Hémostase par 3 points en X.
Fermeture de la gastrotomie en deux plans.

Perfusion de 500 ml de sang au Jouvelet en début d'intervention.
T.A. : 12-7 en fin d'intervention.

Le 22.10.57 :

Bon état général.
T.A. : 12-6 - Pouls : 80.
Mais cet état satisfaisant masquait une réanimation nettement insuffisante, ce que confirme l'étude de la masse sanguine :
Volume sanguin total : 3.250 ml
 (normal : 4.000 ml)
Volume globulaire total : 750 ml
 (normal : 1.550 ml)
Volume plasmatique total : 2.500 ml
 (normal : 2.450 ml)
Correction du déficit globulaire dans les jours suivants

Sort le 30.10.57 :

sans nouvel épisode hémorragique.

Revu en juin 58 et décembre 58 :

Excellent état.
N'a jamais saigné.
Contrôle radiologique : Estomac normal.

°°

Obs. 26 :

VER ... Marie - Femme- 47 ans.

Hospitalisée dans le Service le 21.7.58 pour
méloena persistant depuis 3 jours.

Examen à l'entrée le 21.7.58 :

Tableau de grande anémie.
T.A. : 11-6 - Pouls : 95.
Examen de l'abdomen : R.A.S.
Numération : G.R. : 1.450.000
 G.B. : 6.200

Antécédents :

Ulcère du bulbe connu et traité depuis
2 ans.

Evolution :

Perfusion de 500 ml de sang et 1 flacon
de globules déplasmatisés.

Le 22.XII.58 :

Hématémèse . Pouls : 104 . T.A. : 10,5-5.
On décide d'intervenir d'urgence.

G.R.O. en urgence le 22.7.58 :

Cicatrice nettement visible d'un ulcère
bulbaire antérieur qui ne semble pas être
l'origine du saignement.

Gastrotomie : à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac, petite ulcération muqueuse que l'on fait saigner à la compresse.

Gastrectomie type Finsterer enlevant les deux lésions.

L'examen de la pièce devait confirmer l'aspect cicatriciel de l'ulcère bulbaire.

Reçoit pendant l'intervention :

2 flacons de sang (1.000 ml)

2 flacons de globules déplasmatisés (300 ml de globules).

Suites opératoires simples :

Reçoit 500 ml de sang le lendemain de l'intervention.

Sort du Service le 1.8.58.

Revu le 20.X.58

Va très bien.

Radio de contrôle : R.A.S.

° °

TUMEUR GASTRIQUE

Obs. 27 :

RE... Alfred - Homme - 54 ans.

Transféré dans le Service le 11.X.57 pour méloena.

Début de l'accident :

Le 10.10.57, lipothymie avec pâleur et sueurs ; suivie de méloena.

Une numération est faite en ville :

G.R. : 1.960.000 - G.B. : 8.300

Hospitalisé dans le Service le 11.IO.57 :

Nouveau méloena à l'arrivée.

T.A. : 10,5-7 - Pouls : 100.

Examen de l'abdomen : R.A.S.

Numération : G.R. : 1.700.000 - G.B.:15.000

Antécédents :

Long passé digestif mais pas de diagnostic précis.

Depuis 1942 : digestions lentes, pesanteurs post-prandiales, quelques régurgitations.

En 1943 : un examen radiologique aurait montré une gastrite hypertrophique.

Persistance des troubles dans les années suivantes.

Radios normales en 1955 et 1956.

Depuis 1 an accentuation des troubles et amaigrissement de 10 kg.

D'autre part, bronchitique chronique.

Evolution :

Reçoit 500 ml de sang, puis on pratique un examen radiologique.

Examen radiologique :

Volumineuse image lacunaire arrondie de la partie haute du corps gastrique faisant penser à un Schwannome.

Etude de la masse sanguine :

Volume sanguin total : 3.750 ml

(normal : 4.250 ml)

Volume globulaire total : 600 ml

(normal : 1.650)

Volume plasmatique total : 3.150 ml

(normal : 2.600 ml)

Hématocrite : 18 %.

Le 12.X.57 :

Pas de nouveau saignement.

T.A. : 13-7 - Pouls : 80

Le déficit sanguin est corrigé par :

le 12.X : 500 ml de sang
 1 flacon de globules
le 13.X : 500 ml de sang
 1 flacon de globules
le 14.X : 250 ml de sang
 1 flacon de globules,
soit 1.000 ml de globules au total.

Etude de la masse sanguine le 14.X.57 :

Volume sanguin total : 5.600
 normal : 4.250
Volume globulaire total : 1.800
 normal : 1.650
Volume plasmatique total : 3.800
 normal : 2.600

Un épisode de bronchorrhée purulente avec
fièvre à 39 fait retarder l'intervention.

C.R.O. le 26.10.57 :

- Gastrectomie polaire supérieure.
- L'examen de la pièce montrera qu'il
s'agit d'un épithélioma.

Suites opératoires :

Simple en dehors d'un nouvel épisode de
bronchorrhée purulente.

OUVRAGES CITES

-:-

- 1 - WASSERMAN, K., JOSEPH, J.D. et MATHERSON H.S.
Kinetics of vascular and extravascular protein exchange in unbled and bled dogs
Am.J.Physiol. 1956 184 n° 1 175.
- 2 - STERLING, K.J.
The turn-over rate of serum albumin in man as measured by I¹³¹ tagged albumin.
J.Clin.Investg. 1951 30 1228
- 3 - TIBBS, D.J.
Blood volume in gastro-duodenal hemorrhage
Lancet 1956 271 n° 6937 266
- 4 - WATEL, G.
Contribution à la thérapeutique transfusionnelle des hémorragies graves
Thèse, Paris 27 juin 1957
- 5 - CORNET
Diagnostic et traitement des hématéde l'adulte
Presse Médicale 1958 66 n° 62 1399
- 6 - DESNEUX
Etude endoscopique des hémorragies digestives
Arch.Mal.de l'Ap.Digestif 1958 47
n° II 1163

- 7 - ROGNON, L.M. et THUAU, F.P.
Gastrectomie chez un enfant pour
une ulcération hémorragique de l'es-
tomac
(Rapport à l'Académie et Commentaires
de M. J. Sénèque). Mémoires Ac. de
Chir. 1958 84 n° 2 68
- 8 - Mme QUEMENEUR-LENEN, L.
Les hémorragies digestives aiguës et
la notion d'exulceratio simplex
Thèse Paris 1958 n° 7
- 9 - CACHIN, M., PERGOLA, F. et GELIN, J.
Les ulcères gastro-duodénaux au
cours des cirrhoses
Concours Médical : 1956 78 n° 32
3855
- 10 - MENEGAUX, J.C.
La place de la splénoportographie
dans le diagnostic des hémorragies
digestives
Journal de Chirurgie 1957 73 n° 4 391
- 11 - DELANNOY, E., GAUTIER, P. et SOULIER, A.
Traitement chirurgical des hémorra-
gies gastroduodénales graves basé sur
l'examen radiologique d'urgence.
Mémoires de l'Ac. de Chirurgie 1951 77
p. 1090
- 12 - DELANNOY, E.
La radiologie dans le diagnostic des
grandes hématomésés
Revue du Praticien 1952 2 n° 28 1869
- 13 - DELANNOY, E. et GAUTIER, P.
Dépistage des ulcérations plates de
l'estomac au cours des hématomésés par
l'examen radiographique d'urgence
Lyon Chirurgical 1954 49 n° 2 237

- 14 - CHOVET, M.
Traitement des grandes hémorragies
gastro-duodénales
Thèse Lyon 1954
- 15 - LEGER, L., DETRIE, Ph., ARNAVIELHE, J.
et GUYET, P.
Ulcérations aiguës hémorragiques de
l'estomac. Le problème de l'"exculce-
ratio simplex"
Presse Médicale 1957 65 n° 51 1188
- 16 - ROY, B.
Sept observations de gastrotomie
exploratrice pour hémorragies diges-
tives graves
(Rapport de M. J.-L. LORTAT-JACOB)
Mémoires Ac. de Chirurgie 1958 84 n° 29
913
- 17 - SCOTT, N.M. et NEWTON DWIGHT, E.
Mallory-Weiss syndrome. Report of a
case treated surgically
The American Journal of Digestive
Diseases 1958 3 n° 6 454
- 18 - FORSTER, E., MOLE, L., MEYER R., et
SCHNOEBELEN R.
Etude de 24 transfusions massives
(Rapport de M. J. BAUMANN) Mémoires
Ac. de Chirurgie 84 n° 27 865
- 19 - HOLLENBER, L. et BERNER, A.
La transfusion intra-artérielle
(1 vol. 164 pp 22 fig. Masson et Cie,
édit. Paris, 1955)
- 20 - MONOD, R. et GERMAIN, A.
Indications et posologie de la trans-
fusion sanguine en chirurgie
Rapport au LIXe Congrès de l'Associa-
tion Française de Chirurgie, Paris,
Oct. 1957

- 21 - MOYSON , L., de SCOVILLE, A. et Coll.
Diagnostic et traitement des hémorragies digestives aiguës.
Acta Chirurgica Belgica. Suppl. I,
Rapport au Congrès annuel de l'Association Belge de Chirurgie, Bruxelles, mai 1955
- 22 - MILLER , T.
400 cas d'hémorragies gastro-intestinales hautes traitées médicalement avec mortalité nulle en cas d'ulcère
Gastro-enterology 1954 27 n° 6 790
- 23 - LAMBLING, A., BONFILS, S. et BARATGIN, B.
Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Etude de 254 observations.
Arch.Mal.App.Digestif 1957 46 n° 3
113-127 et 128-143
- 24 - HILLEMAND, P. et MONNEROT
A propos de l'étiologie des hémorragies digestives.
Arch.Mal.App.Digestif 1957 46 n° 3 144-156
- 25 - PAPIN, F. et WILMOTH ,P.
Le traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse.
Congrès français de Chirurgie 1933
pp. 795-987
- 26 - MERCADIER , M.
Traitement chirurgical des hémorragies ulcéreuses
Arch.Mal.App.Digestif 1957 46 n° II
1088
- 27 - PATEL, J. et LATASTE, J.
Notre propre expérience de la gastrectomie pour hémorragies digestives (A propos de 94 cas) - Presse Médicale 1957, 65 n° 81 1811

S E R M E N T

-:-

En présence des Maîtres de cette Eccle,
de mes chers Condisciples et devant l'ef-
figie d'Hippocrate, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de
la probité dans l'Exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indi-
gent et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail. Admis dans l'inté-
rieur des maisons, mes yeux ne verront pas
ce qui s'y passe ; ma langue taira les se-
crets qui me seront confiés, et mon état
ne servira pas à corrompre les mœurs ni à
favoriser le crime. Respectueux et recon-
naissant envers mes Maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue
de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si
je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé
de mes Confrères, si j'y manque !

-:-

